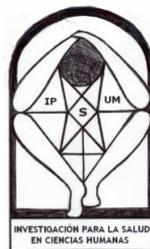


Asociación de Psicopatología
y Psicoanálisis de Sevilla

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

PSICOLOGÍA MÉDICA

PARTE I: INTRODUCCIÓN



El presente libro ha recibido la MENCIÓN DE HONOR
del Grupo de Investigación para la Salud en Ciencias Humana (IPSUM)

Psicología Médica. Parte I: Introducción.

José Manuel García Arroyo

Editado por la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla

Luis Montoto, 83 – 3º C

41018 Sevilla (España)

luysa.dl@gmail.com

ISBN: 978-84-09-34812-1.

Depósito Legal: SE-601-21.

Diseño, maquetación e impresión: Gabella Artes Gráficas.

Impreso en España. Printed in Spain.

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Donde quiera que se ama el arte de la Medicina se ama también a la humanidad.

PLATÓN

Es mucho más importante saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad que qué clase de enfermedad tiene un paciente.

WILLIAM OSLER

Dedicado a la memoria de mi padre porque, en su corta vida, supo dejarme un legado muy valioso: el amor al conocimiento.

INDICE.

Presentación.

PRIMERA PARTE. Introducción.

Capítulo 1º. Concepto de Psicología Médica. Orígenes. Fuentes y objetivo.

1.1. Orígenes de la Psicología: etapa precientífica.

1.2. Orígenes de la Psicología: etapa científica.

1.3. Concepto de Psicología.

1.3.1. Aparición del término.

1.3.2. El objeto de estudio de la Psicología.

A) La conducta o comportamiento.

B) Los fenómenos mentales subjetivos.

1.4. ¿Qué es la Psicología Médica?

1.5. Fuentes de la Psicología Médica.

1.6. Objetivos de la Psicología Médica.

Capítulo 2º. Teorías y modelos aplicados a la Psicología Médica.

2.1. Modelo conductista.

2.1.1. El condicionamiento clásico.

A) El experimento de Pavlov.

B) La neurosis experimental.

C) La psicología conductista.

2.1.2. El condicionamiento operante.

A) El experimento de Skinner.

B) Tipos de condicionamiento operante.

B.1. Reforzamiento.

B.2. Castigo.

2.2. Modelo cognitivo.

2.2.1. Características y principios.

2.2.2. Derivaciones teóricas del modelo cognitivo.

- A) Teoría de la atribución.
- B) La indefensión aprendida.
- C) Teoría del aprendizaje social.

2.3. Modelo psicoanalítico.

2.3.1. Introducción histórica.

- A) El principio del psicoanálisis: el caso Anna O.
- B) El dispositivo psicoanalítico.

2.3.2. Postulados fundamentales del psicoanálisis.

2.3.3. Principios que gobiernan el funcionamiento psíquico.

2.3.4. Concepción estructural del aparato psíquico: perspectiva tópica.

- A) Consciente.
- B) Preconsciente.
- C) Inconsciente.

2.3.5. La represión.

Capítulo 3º. El modelo biopsicosocial en Medicina.

3.1. Contestación al modelo biomédico (MBM).

3.2. Aparición del modelo biopsicosocial (MBPS).

3.3. Antecedentes del MBPS.

3.3.1. La teoría general de sistemas (TGS).

3.3.2. Las aportaciones de Michael Balint.

3.4. Consecuencias del MBPS.

3.4.1. Asistenciales.

3.4.2. Clínicas: el enfermo problema.

3.5. Explicación del enfermo problema.

PRESENTACIÓN

La enseñanza de ciertos fundamentos de Psicología dirigidos a los médicos españoles ha pasado por varias fases, que han supuesto la construcción de la identidad de la Psicología Médica, tal como la conocemos hoy en día, y que pasamos a detallar (1):

a) Por primera vez se incluye como asignatura obligatoria en el año 1944, cursándose en la Facultad de Filosofía y Letras. En aquel momento, la idea era enviar al médico en formación a estudiar con los humanistas para que su práctica futura tuviera en cuenta los aspectos personales de los enfermos. Pensemos en la molestia que suponía para los estudiantes de entonces tener que trasladarse a otro centro para recibir esta formación.

b) En 1951 pasa a llamarse “Psicología para Médicos”, impartándose en la misma Facultad de Medicina, aunque su docencia aún se confía a los profesores de Filosofía, Ética o Moral. Se trata de una Psicología General para no psicólogos, cuyos contenidos se modifican de acuerdo con las necesidades de los futuros profesionales de la Medicina.

c) A partir de 1966, a petición de los catedráticos de Psiquiatría, el Ministerio de Educación Nacional resuelve cambiar el nombre de la asignatura por el de “Psicología Médica” y asignar su enseñanza a los Departamentos de Psiquiatría. Muchos de ellos, desde este instante, se denominan “Departamentos de Psiquiatría y Psicología Médica”.

No se trata tan solo de modificar el nombre de la materia de manera caprichosa, sino que se busca consolidar la enseñanza de una Psicología destinada a los médicos e impartida por los médicos. Hay que tener en cuenta dos razones al menos para este cambio profundo:

-la experiencia clínica de estos profesionales de la que, obviamente, carecen los filósofos y

-la aportación de los conocimientos psicológicos que se desprenden de la relación médico-enfermo, esto es, de hallarse a la cabecera del paciente en sus vicisitudes con la enfermedad y la captación del correspondiente sufrimiento.

Se trata de garantías suficientes para creer que las enseñanzas impartidas serían realmente útiles en la formación de los profesionales de la Medicina. En este sentido, ya se pronunció Maurice de Fleury, en su precioso libro titulado *Introduction a la Médecine de l'Esprit* (2), cuando indicaba que a los médicos se les debía la fecunda evolución habida en los conocimientos psicológicos, lamentándose de la ausencia de los mismos en las Facultades de Medicina durante muchos años.

d) Desde 1990, la Psicología Médica ha quedado definida como una asignatura única, de una materia troncal, dedicada al estudio de las bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad. Ello ha supuesto ampliar el contenido de los estudios médicos, volcados de modo casi exclusivo en los aspectos técnicos y que, en consecuencia, no tienen en cuenta las manifestaciones personales de los pacientes.

Actualmente, contamos con iniciativas valiosas que han tratado de formular los objetivos docentes de las asignaturas de la carrera de Medicina; en este sentido, tenemos el Libro Blanco del Título de Grado en Medicina de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) (3), donde se establecen las competencias de la educación médica adaptadas al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). En este documento, se abre un apartado titulado: “Psiquiatría y Psicología Médica” y en él se especifican ciertas temáticas de interés para la última de ellas, que sirven de guía en la organización docente de la asignatura (conviene buscarlo en internet y leerlo). Recordemos, para quién no lo sepa, que la ANECA se fundó en el año 2002 como un organismo autónomo dependiente del Ministerio de Universidades, cuya función consiste en velar por la calidad del Sistema de Educación Superior y, para conseguirlo, informa, orienta, evalúa y certifica las actividades académicas.

Antiguamente, en la formación médica (como ya apuntó Fleury), solo se tenían en cuenta los aspectos biológicos de los pacientes, pero este planteamiento ha cambiado de modo sustancial debido al proceso de concienciación que ha tenido lugar en la práctica profesional la cual, inevitablemente, se encuentra plagada de problemas humanos. Para afrontar esta realidad ineludible, la Psicología Médica tiene dos funciones básicas (4):

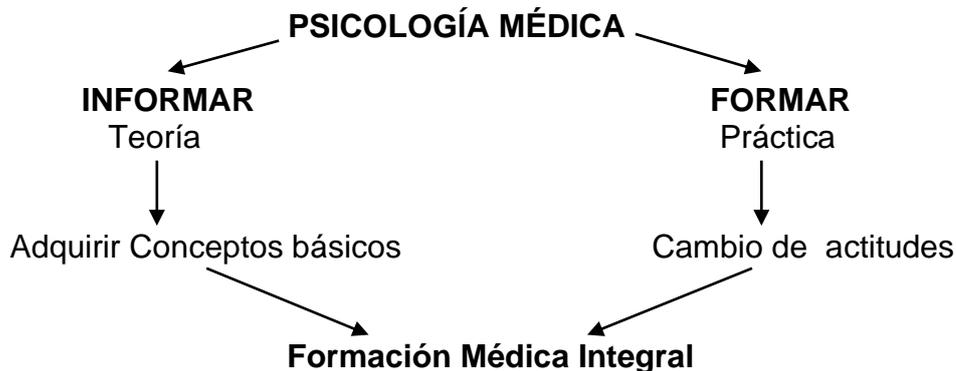
a) la de “informar”: transmitir una serie de contenidos teóricos cuya adquisición se hace imprescindible si se quiere entender algo de este asunto. Para enseñar Psicología Médica hay que tener presente que es imposible hacer juicios y razonamientos, si no existe un buen bagaje de conceptos; estos últimos definen una realidad que puede constatarse en la clínica. Teniendo en cuenta que muchos de los conceptos que van a utilizarse aquí son completamente nuevos para el lector, habrá que mostrarlos siguiendo estas dos condiciones:

-la presentación tendrá un carácter progresivo, de manera que nunca se hablará de algo que no haya sido definido antes, sobre todo porque cada concepto se asienta sobre los anteriores (p. ej. no se puede conocer qué es un delirio si no se sabe en qué consiste el pensamiento humano) y

-para adquirir nuevos conceptos resulta fundamental sacudirse aquellos otros que circulan por la calle, que se utilizan de manera automática y cuyo significado no tiene nada que ver con el terreno científico (“conceptos vulgares”). Asistimos frecuentemente a denominaciones inadecuadas para diferentes

contenidos subjetivos, como es el caso de confusiones entre “emociones”, “sentimientos” o “estados de ánimo”. Este fenómeno llega a ser alarmante en ciertos casos; por citar uno de ellos: habitualmente se habla de “manía” para referirse a una persona que realiza actos repetitivos, como pueden ser mirar si ha apagado el gas o si ha cerrado la puerta antes de salir y, en el peor de los casos, limpiar y limpiar sin parar y sin considerar que ya no existe la suciedad que parece detectar (se habla de “maniático/a de la limpieza”). Nada más lejos de la realidad, pues en Psicopatología la palabra “manía” se relaciona con una forma de locura en la que el paciente presenta un ánimo elevado, con una alegría patológica y desbordante y, por si fuera poco, puede presentar un “delirio megalómano”; entonces, el sujeto cree tener grandes poderes, habilidades o bienes, es una celebridad o se encuentra implicado en una misión especial (p. ej. es el dueño de la banca universal o es un cantante famoso) (5). Véase la diferencia tan gran que existe entre lo que el vulgo cree y lo que la Psico(pato)logía reconoce.

b) La de “formar”: implica la necesidad de cambiar las actitudes del alumno de manera que desarrolle cierta sensibilidad en materia psicológica, lo que puede concretizarse en: aprender a escuchar, a saber cómo relacionarse con el individuo que sufre y a identificar ciertas alteraciones psicopatológicas y rasgos de la personalidad.



Redactar unos principios de Psicología Médica no resulta fácil, por dos razones: a) se suscitan dudas sobre la importancia relativa de cada uno de los temas considerados y cuáles deben figurar en la programación y b) cómo presentarlos para que sean fáciles de comprender y de asimilar. Respecto al primer punto, decir que se han seleccionado aquellas temáticas que pueden interesar más a un médico y que pueden tener una repercusión en las actuaciones médicas cotidianas, sea cual sea la especialidad considerada; estas han quedado separadas en cuatro apartados:

1º) La Primera Parte pretende definir qué es la Psicología, cuál es su objeto de estudio, para pasar a considerar la Psicología Médica, su origen y sus fuentes. También se presentan aquí los modelos psicológicos más importantes en la actualidad; el alumno debe conocer cuáles son para entender qué formas de intervención práctica van a derivarse de cada uno de ellos y qué procedimientos

puede él mismo utilizar en sus actuaciones venideras y cuáles no. Además, permite saber cuándo tiene que derivar a un paciente a otro profesional para que trate sus problemas (p. ej. ansiedad o depresión). Finaliza esta Parte con la presentación de un modelo que ha nacido en el seno mismo de la Medicina, que es el “biopsicosocial” propuesto por el psiquiatra George Engel y que entiende al sujeto que consulta de un modo integral.

2º) Lo mismo que el cuerpo humano ha sido dividido en funciones (hepática, renal, endocrina, digestiva, nerviosa, etc.), en la mente humana (hoy en día conocida como “subjetividad”) también se han separado distintas funciones (percepción, memoria, pensamiento, afectividad, etc.). Son estas el objetivo de la Segunda Parte y, a partir de su abordaje, se realizará una incursión a la Psico(pato)logía, es decir que, al estudiar cada una de las funciones psicológicas, se irán detallando las alteraciones correspondientes (p. ej. las obsesiones, los delirios o las alucinaciones). Téngase presente que la Psicología Médica se diferencia de la Psicología Clínica o de la Psicología de la Salud (ambas pertenecientes al campo de la Psicología, no de la Medicina) en que trata las distintas manifestaciones sintomáticas, no desarrolladas en estas últimas materias.

3º) La Tercera Parte aborda la personalidad en cuanto organización psíquica que define a cada individuo, una pretensión justificada en tanto permite al estudiante (aún realizando sus prácticas clínicas) reconocer las distintas maneras de responder ante la enfermedad. Así las cosas, cualquier patología (p. ej. una cirrosis hepática), que puede captarse de una forma generalizada ya que da lugar a idénticos síntomas en distintos pacientes, ahora puede singularizarse, pues cada sujeto va a experimentarla de una manera particular de acuerdo con su personalidad. Del mismo modo, este apartado aborda el desarrollo evolutivo del humano, posibilitando la identificación de características sustanciales de cada etapa (niñez, adolescencia, adultez, ...); esto se hace necesario dado que el médico tiene que tratar a personas de distintas edades y, conocer las particularidades de cada una de ellas, permite saber qué puede esperar y cómo abordarlas psicológicamente.

4º) Aquello que le ocurre, desde el punto de vista subjetivo, a un ser humano cuando se encuentra enfermo es de lo que trata la Cuarta Parte. En efecto, el paciente reacciona ante la enfermedad de distintas maneras y, en el mejor de los casos, realiza lo que modernamente se llama “conducta de enfermedad”. En esta misma línea se incluye una incursión por el terreno de la salud y de los comportamientos llamados “saludables”. El asunto de la muerte, a la que el médico siempre va a tener que enfrentarse, no puede faltar en este conjunto de temas. Esta última Parte (y también el programa de la asignatura) acaba con un capítulo dedicado al dolor, el síntoma más frecuente por el que consultan los enfermos al sistema sanitario, cuyo manejo conviene conocer, y con el estudio de ciertos aspectos psicológicos de la actividad terapéutica donde se

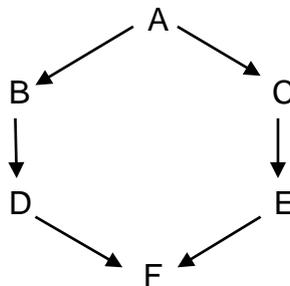
tratarán asuntos no menos importantes como: el efecto placebo y la adherencia y el cumplimiento de las prescripciones médicas.

El segundo punto mencionado antes, se refiere a cómo enseñar la Psicología Médica en el aula. Con idea de que el contenido de la asignatura resulte asimilable, se expondrán los diferentes capítulos utilizando dos recursos didácticos:

-Por un lado, se emplean los “recortes clínicos”, que son pequeños trocitos de historias clínicas. Estos tienen una grandísima utilidad ya que aportan un contenido real a la teoría, permitiendo que la enseñanza tenga una orientación práctica imprescindible. Así, quién realiza la lectura, puede asociar automáticamente un “referente” a un “concepto” no quedando este último desnudo y, al evocarlos, puede acordarse del caso expuesto y la definición queda asegurada. Recuerdo encuentros con alumnos de años anteriores que me comentaron cómo, al hablar con tal o cuál enfermo, identificaron un mecanismo a partir de acordarse de un ejemplo que puse en clase; ¡ese es precisamente el objetivo!

-Por otro, los llamados “mapas conceptuales”. Estos tienen como punto de partida la “teoría de grafos” del gran matemático Leonhard Euler (6), que fue aplicada con éxito a diferentes campos (recorridos turísticos, circuitos eléctricos, líneas de metro, migraciones de animales, etc.). Los “mapas conceptuales” se utilizan en Psicología Médica para representar el conocimiento en forma de grafos, en los que los vértices se encuentran ocupados por conceptos, mientras que las aristas muestran las relaciones existentes entre ellos formando una tupida red (7,8). Permiten de un “golpe de vista” contemplar la complejidad del asunto tratado y establecer relaciones significativas entre sus componentes, facilitando la comprensión de los puntos fundamentales del tema, y que puedan surgir preguntas.

El esquema que antes se propuso respecto a las funciones de la Psicología Médica puede considerarse un ejemplo característico de “mapa conceptual” y en él se descubre el grafo que contiene, que es como sigue:



Véase que cada uno de los vértices se encuentra ocupado por un concepto (A: Psicología Médica, B: Informar, C: Formar, etc.), quedando unidos entre sí

mediante aristas orientadas (vectores), las cuáles ponen de relieve las conexiones existentes entre ellos (p. ej. puede contemplarse como las dos funciones confluyen en la arista F: Formación Médica Integral, pero no existen flechas entre B y C indicando que las funciones de “informar” y “formar” siguen dos rutas alternativas, aunque luego se complementen en el vértice F).

Pero, esta enseñanza no estaría completa si no quedara registrada. En orden de cosas, los diferentes apartados en que se divide la materia van a publicarse en pequeños libros y, en cada uno de ellos, se expone una parte del contenido global. Así se cumplen dos objetivos básicos: 1º) los diferentes grupos de capítulos van a producir la sensación de ligereza a la hora de ser trabajados (un efecto psicológico conveniente) y 2º) permiten un manejo práctico fácil, cosa que no podría jamás asociarse a los antiguos tratados con los que contábamos en nuestra época de estudiantes, algunos de los cuáles tenían más de 900 páginas y ¡eran imposibles de manipular! En consecuencia, no se transportaban, no se leían y, realmente, nadie conocía su contenido y los estudiantes se veían obligados a remitirse, para aprobar la asignatura, a los apuntes tomados en clase. Resulta imposible olvidar la gran cantidad de errores que tenían y que, más tarde, se reproducían en los exámenes.

La responsabilidad como docentes nos lleva a crear un material psicológico que contenga lo justo que debe conocer el médico en formación, un contenido que no sea exhaustivo, que cuente con una lectura sencilla y amena, que huya de lo excesivamente teórico y, sobre todo, que no incluya los fallos mencionados. Téngase presente que, si se producen errores en la formación, se perpetúan, sobre todo si consideramos que esta asignatura no tiene una continuación en el Grado en Medicina al impartirse en un solo curso; por lo tanto, no existe la posibilidad de una corrección posterior.

Una vez que hemos presentado el contenido de los bloques temáticos y la forma de tratarlos, estamos en condiciones de comenzar la exposición. Solo resta desear al lector que no se tome este texto como la mera obligación de aprendérselo, sino que sea capaz de disfrutar con la materia que se muestra en él y así, como decía Horacio, pueda reunir “lo útil con lo agradable”.

BIBLIOGRAFÍA.

1. García Arroyo JM. Proyecto Docente e Investigador de la asignatura Psicología Médica. Universidad de Sevilla, 2020.
2. Fleury M. Introduction a la Médecine de l’Espirit. Alcan: París, 1918.
3. Comisión de Medicina para la Convergencia Europea (COMECE). Libro Blando del Título de Grado en Medicina. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), 2005.
4. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
5. García Arroyo JM. Guías docentes (3): evaluación en pensamiento. Sevilla: APPS, 2016.
6. Alsina C. Mapas de metro y redes neuronales. La teoría de grafos. Madrid: RBA, 2010.
7. Novak JD, Musonda D. A twelve-year longitudinal study of science concept learning. Am Educ Research Jourr 1991; 20(1): 117-153.
8. Novak JD, Gowin DB. Learning how to learn. New York: Cambrid Univesity Press, 1984.

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN

Capítulo 1º. Concepto de Psicología Médica. Orígenes. Fuentes y objetivo.

1.1. Orígenes de Psicología: etapa precientífica.

En los comienzos de la Psicología como disciplina se consideran dos etapas: una “precientífica” y otra “científica”. La separación entre ambas, se produce de una manera tajante cuando empieza a utilizarse el método científico (de ahí el nombre que adoptan esos dos momentos), que se supone es común a todas las ramas del conocimiento que aspiran a ser serias en su proceder y a la obtención de un saber fundamentado. De todas formas, en los capítulos próximos se verá cómo la Psicología presenta algunas salvedades metodológicas dignas de destacarse.

El ser humano se encuentra instalado en el mundo de un modo indefenso, ya que no tiene las armas propias del resto de los animales: no posee las garras del león, los cuernos del toro, el veneno de la serpiente o los dientes afilados de la pantera. De ahí que haya tenido que desarrollar un arma poderosa, que le distingue de las fieras: la capacidad de conocer y reflexionar; esta le ha permitido descubrir el mundo que le rodea para defenderse de él y sortear los peligros.

En un principio el conocimiento se dirigió hacia el mundo exterior, dado que el medio que le rodeaba se presentaba hostil, era una amenaza al estar mediocrementemente dotado (1). A partir de esta acción surgen disciplinas como: la química (primeramente era alquimia), la física, la astronomía (al principio era astrología) o la biología. Una vez que el humano logra dominar el ambiente y consigue tener cierta seguridad, dirige su mirada hacia sí mismo y se descubre como un verdadero desconocido. Aparece entonces una nueva disciplina, llamada Antropología (de *antropos*, que significa “hombre”). Pero, este intento de autoconocimiento no se lleva a cabo de un plumazo, sino que va a producirse siguiendo una secuencia ordenada:

a) Primero conoce su propio cuerpo, apareciendo la llamada Antropología Morfológica. Esto ocurre en el Renacimiento cuando se permiten las primeras disecciones de cadáveres; antes estaban prohibidas debido a la fuerte influencia de la religión (la Edad Media era un momento de la historia impregnado de un fuerte carácter “teocéntrico”). Surgen ahora figuras como Leonardo da Vinci o Andrea Vesalio y empiezan a desgajarse distintas ramas como: la Anatomía, la Fisiología y, más tarde, la Histología.

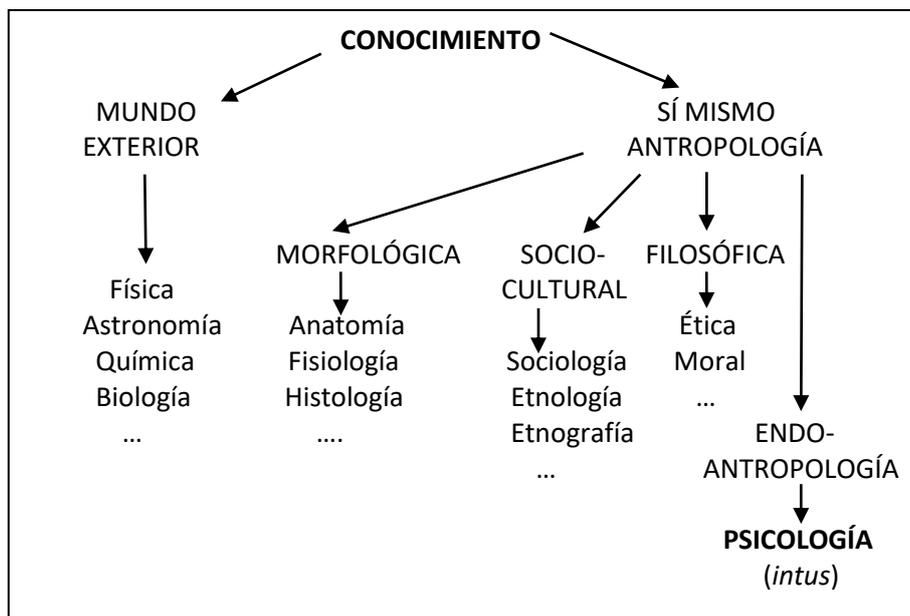
b) Una vez está en posesión de un saber relativo al propio cuerpo, el hombre se da cuenta de que existen otros pueblos, cuyas costumbres son distintas a las nuestras; hace su aparición entonces la Antropología Sociocultural. Estamos ya en pleno siglo XVIII, momento en el que tienen lugar numerosos viajes de exploración alrededor del mundo. Se observa que, paradójicamente, lo que está prescrito en nuestra sociedad, se halla proscrito en otros grupos humanos y viceversa. Para realizar estudios convincentes de otras colectividades

resulta necesario desprenderse del “etnocentrismo” o creencia de que nosotros estamos en “posesión de la verdad”, mientras que los demás grupos “están equivocados”. Por el contrario, cada uno de ellos tiene su propia idiosincrasia y sus costumbres consensuadas (leyes y valores que regulan el funcionamiento de cada individuo dentro de una colectividad). Se desgajan entonces del tronco de la Antropología: la Etnología, la Etnografía, la Sociología, etc.

c) Pero aún queda indagar más, dado que el ser humano empieza a cuestionarse sobre los problemas últimos de la existencia, en un principio indescifrables (la muerte, el más allá, el sufrimiento, el sentido del dolor, la angustia de vivir,...) y aparecen las “tres grandes preguntas” (¿qué soy? ¿de dónde vengo? y ¿a dónde voy?). La Antropología Filosófica intenta hallar las respuestas pero, evidentemente, no se encuentra ninguna que tenga un carácter universal y en la que todos estemos de acuerdo, surgiendo entonces diferentes sistemas filosóficos que, a veces, entran en pugna unos con otros. No obstante, esta recién nacida Antropología va a dar lugar al desarrollo de la Ética y la Moral, que procuran centrarse en los valores que regulan los comportamientos de los miembros de una comunidad.

Es importante señalar que la Antropología Filosófica tiene un importante papel de *consolatio*, quiere decir de “consolar” al humano en su desamparo frente al universo y a su propia naturaleza. Se trata de algo evidente ya que va a aportar respuestas tranquilizadoras.

d) Finalmente, el ser humano se da cuenta de que posee una intimidad (o interioridad), en la que tienen lugar diferentes sucesos (creencias, sentimientos, deseos, pensamientos, ideas, emociones, opiniones, etc.). Es el momento en el que surge la Psicología, que inicialmente se denominaba “Endoantropología” (por Wukmir) (2) o “rama de la Antropología que se ocupa del *intus*”; este último es el nombre con el que empieza a conocerse la mente.



Este grafo demuestra, a las claras, el tiempo que el conocimiento humano ha tardado en abordar el mundo interno. Ello se debe a que siempre ha sido mucho más fácil conocer lo que de “fuera” que aquello que se tiene “dentro” (aún en la actualidad).

La evolución aquí expuesta muestra que la aparición de los conocimientos psicológicos ha permitido la creación de un marco adecuado en el que las personas pueden expresar su malestar. Antes, los depositarios del sufrimiento eran los moralistas, los filósofos, los clérigos y los curas, un aspecto que ha cambiado por completo; pensemos que el mismísimo Kant indicaba que los problemas mentales debían ser atendidos en las Facultades de Filosofía (3). Ahora, somos los médicos quienes hemos ocupado ese lugar y es a nosotros a quienes las personas traen sus dificultades; en efecto, en las consultas no solo se cuentan problemas físicos, sino también psicológicos o psicopatológicos; de ahí que tengamos que estar preparados para esta labor.

1.2. Orígenes de la Psicología: etapa científica.

Seguidamente, la Psicología adopta el método científico como un intento de ingresar en el campo de la ciencia; se trata del modo de operar común de cualquier disciplina que aspire a contar con un saber fundamentado. El método científico consta de una serie de pasos que conviene conocer:

a) Selección de los hechos que van a estudiarse, pueden ser físicos, químicos, sociales, cósmicos, etc., según la disciplina de la que se trate.

b) Observación de los mismos.

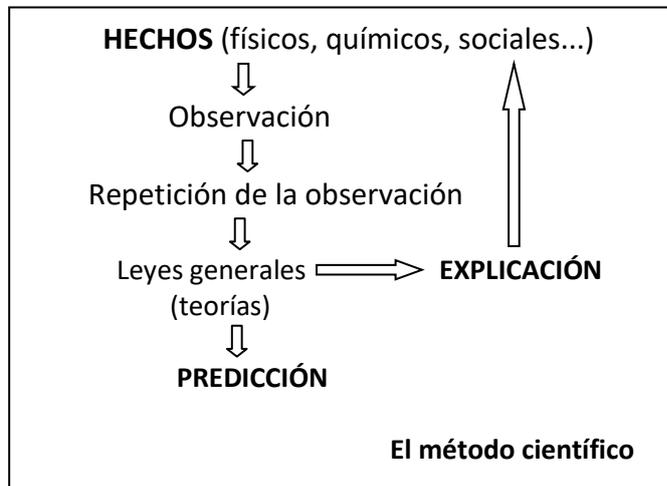
c) Repetición de la observación. Evidentemente, con una sola no basta para conseguir resultados concluyentes.

d) A partir de ahí se obtienen leyes generales, que van a conformar las correspondientes teorías. Una teoría consiste en un saber estructurado capaz de explicar los hechos sometidos a análisis y, además, permite predecir cómo se van a comportar los nuevos sucesos que se darán en el futuro. Luego, la ciencia intenta ser predictiva, pues se adelanta a los acontecimientos venideros (p. ej. gracias a eso podemos saber cómo va a cambiar el clima en los próximos días o qué evolución va a seguir el volcán de La Palma).

Un fisiólogo francés, llamado Claude Bernard, tuvo el mérito de haber introducido el método experimental en Medicina; a él se le atribuye la brillante frase de “no hay enfermedades, sino enfermos”.

Hacia la mitad del siglo XIX surge la Psicología como ciencia de la mano de Wilhelm Wundt, un médico fisiólogo alemán. Fundó en Leipzig (en 1879) el primer laboratorio de Psicología Experimental; concretamente, en su universidad se le asignó un cuarto para que almacenara el equipo que poseía pero este, más tarde,

fue aumentando en extensión hasta llegar a ocupar todo un edificio. Allí se dedica a estudiar los fenómenos conscientes a través de la introspección, un método consistente en que la persona tiene que mirar hacia dentro y describir la experiencia tras una serie de variaciones del ambiente (p. ej. se le aplican ciertos estímulos y cuenta cómo los ha vivido).



El problema de la Psicología es que los hechos de los trata son irrepetibles y únicos (p. ej. la muerte de una madre ocurre solo una vez en la vida), de ahí que esta disciplina haya tenido que modificar algunos aspectos relativos a la metodología. En consecuencia, han ido apareciendo distintos modelos que tratan de explicar cómo son los procesos psicológicos (ver capítulo 2º), lo cual resulta obvio, si se tiene en cuenta que la mente humana es el objeto más complejo de cuántos existen en la naturaleza; los demás no cuentan con esta característica (p. ej. el mineral “calcita” químicamente es carbonato de calcio y su estructura molecular es repetitiva, de ahí su simpleza).

1.3. Concepto de Psicología.

1.3.1. Aparición del término. La palabra “psicología” fue empleada por primera vez en 1594 por un profesor de Filosofía de la Universidad de Marburgo, llamado Rodolfo Goclenius; el término proviene del griego: *psyché* (alma) y *logos* (tratado) y significa “estudio del alma”. Se trataba de una época en la que esta primitiva Psicología se encontraba aún incluida en la Filosofía y su objeto de estudio era el alma inmortal y sus facultades; una forma de enfoque que partió de la tradición aristotélica.

Un poco más tarde, en 1730, el filósofo Christian Wolf hablaba ya de “ciencia de lo psíquico” en vez de alma, intentado desligar esta nueva disciplina de los contenidos sobrenaturales. Con Wundt la Psicología se separa definitivamente del terreno filosófico.

1.3.2. El objeto de estudio de la Psicología. Debido a la complejidad de las producciones humanas, la aplicación del método científico ha dado lugar a dos planteamientos opuestos sobre el “objeto” de estudio de la Psicología y su correspondiente definición:

-Para algunos autores se trata de la “ciencia de la conducta”. Es Watson quién (en 1913) la define de esta manera, intentando centrar su atención en la parte observable; la conducta, como acto que es, puede verse, registrarse, medirse, etc. En su intento de llevar el pensamiento científico más allá de lo posible, pretende crear una psicología objetiva.

-Para otros, es la “ciencia de la vida mental”. William James, psicólogo norteamericano (en 1890), había realizado esta conceptualización poniendo el acento en la parte inobservable, ya que la “vida mental” de alguien no puede ser contemplada directamente (vista, detectada, registrada, etc.).

Actualmente, se prefiere hablar de la Psicología como el estudio del ser humano en su doble vertiente: el comportamiento (observable) y los estados de interiores (inobservables) (4). Por consiguiente, surge una pregunta básica: ¿qué estudia la Psicología? o ¿cuál es el objeto de estudio de esta disciplina? La respuesta es: por un lado, el comportamiento y, por el otro, los estados mentales subjetivos. De hecho, la misma Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), aborda este doble objeto cuando en un apartado específico se refiere a los “Trastornos Mentales y del Comportamiento” (5). A continuación abordamos con detenimiento cada uno de estos elementos:

A) La conducta o comportamiento. Una conducta consiste en una acción que tiene un sentido, significado o propósito (6). El resto de las actuaciones humanas no se consideran conducta, sino meros actos fisiológicos (p. ej. parpadear, toser, convulsionar, salivar, bostezar, tragar, etc.), pudiendo explicarse sobre la base de los procesos que tienen lugar en el organismo. En cambio, la conducta requiere como condición necesaria a estos últimos, pero no son suficientes para explicarla, ya que en el acto conductual interviene la participación de la propia persona. Veamos un caso que lo clarifica:

Levantar la mano para amenazar a alguien implica que un impulso nervioso ha partido de la corteza cerebral y que ha llegado a ciertos grupos musculares, realizando el movimiento correspondiente. Está bien, pero al tratarse de un comportamiento, no basta con aportar la explicación fisiológica; se necesita saber cuál es la intención del sujeto y en qué circunstancias se ha producido (p. ej. ¿amenazó a un conocido después de que le faltara el respeto? ¿fue inducido por un tercero para que respondiera así?). Si se tratase tan solo de un mero espasmo muscular (p. ej. en un epiléptico), no haría falta buscar el sentido del acto, bastaría solo con tener en cuenta las condiciones físicas que lo posibilitan.

Ahora bien, cualquier acto fisiológico puede convertirse en una conducta; basta con añadirle la correspondiente intencionalidad. Los siguientes ejemplos son bastante demostrativos:

El bostezo, como hemos dicho, es un fenómeno fisiológico pero, si simulo un bostezo para hacer que “el pesado de mi primo” se vaya porque ya no lo aguanto más, entonces se trata de una conducta.

Un parpadeo tiene una función conocida: humedecer la córnea y mantenerla limpia, pero si el parpadeo se convierte en un guiño, entonces transmite un sentido claro a mi interlocutor/a.

La “gran crisis” que se da en la histeria (ver capítulo 2º, modelo psicoanalítico), que lleva a la persona a convulsionar, imita una epilepsia pero no existe ninguna alteración (demostrable) en el cerebro o en las vías nerviosas. Con ella, el sujeto intenta movilizar el ambiente que le rodea en un sentido determinado (p. ej. que le den cariño, llamar la atención, hacer que su pareja esté más tiempo en casa o que el hijo apruebe los asignaturas pendientes).

Por otra parte, predecir el sentido de una conducta es algo muy complicado, sobre todo si tenemos pocos datos del individuo, es decir si no ha indicado qué quiere decir con eso que ha realizado (p. ej. se puede llorar de rabia, de pena, de impotencia o simulando para conseguir algo); se habla de que la conducta es “multívoca” porque se le pueden atribuir numerosos sentidos o significados y podemos equivocarnos al calibrarla. Un caso puede ilustrarlo de una manera clara:

Por la calle Luis Montoto pasaba un señor de mediana edad que siempre llevaba un brazo en alto. Era la comidilla del barrio y se hicieron numerosas interpretaciones por otras tantas personas: 1ª) que jugaba al tenis y tenía un “codo de tenista” que le provocaba gran dolor, 2ª) que tenía un “golondrino” (inflamación del ganglio) en la axila y no podía mover el brazo, 3ª) que era un hombre muy amigable y siempre saludaba a alguien, 4ª) que habitualmente se trasladaba en taxi y llamaba en ese momento a uno. En algunos casos, quiénes realizaron tales conjeturas, incluso aportaron alguna prueba a favor de sus argumentos (“yo lo vi jugando”, “llamó a un taxi en mi presencia”, “habló con una chica joven”, etc.). Yo sabía perfectamente que todas esas afirmaciones eran falsas, ya que conocía al individuo en cuestión: era un esquizofrénico residente en un piso protegido y deliraba con la figura de Franco y tenía el brazo levantado porque cantaba el “Cara al Sol”.

De ahí se deduce que, hay que ser muy cauto a la hora de interpretar un comportamiento porque es muy posible que nos equivoquemos y que, para acertar con el sentido de una conducta, haya que contar con las expresiones

verbales del sujeto que la explican y aún así puede engañarnos. Un ejemplo histórico así lo demuestra:

En la época del Siglo de Oro había mucha miseria en nuestro país por distintas razones (debilidad de los últimos monarcas de la Casa de Austria, guerras, asalto a los barcos españoles cargados de plata por parte de los piratas ingleses, etc.). Este efecto inquietante llegó incluso a las clases acomodadas, que apenas tenían con qué comer. Pues bien, cuando los nobles se reunían en lugares públicos (iglesia, plazas, tertulias, negocios, etc.), previamente al encuentro, se echaban migajas de pan en el traje para aparentar delante de los demás que habían comido; muchos incautos llegaban a creérselo. Véase como la conducta, en sí misma, es engañosa.

B) Los procesos mentales subjetivos. Este apartado intenta responder a una pregunta clave: ¿qué tenemos dentro de nuestra cabeza? La respuesta es que su contenido está formado por “representaciones”. Una representación es la copia que hacemos de algo que existe en el mundo (p. ej. tengo una representación de mi mamá, de la abuelita, de mi amigo Felipe, del libro que me estoy leyendo, etc.); cualquiera de estos elementos considerados son, al mismo tiempo, objetos externos y también representaciones de los mismos. Cuando produzco una representación de un objeto me apropio del mismo y ya forma parte de mi mundo y la prueba se encuentra en que, cuando hablo de él, utilizo los “posesivos” (p. ej. mi casa, mi novio, mi coche, mi Facultad, mi profesora de inglés, etc.).

Dada la complejidad de nuestra vida mental, las representaciones pueden ser variopintas: ideas, pensamientos, fantasías, creencias, recuerdos, imágenes, etc. Cualquiera de ellas se encuentra contenida en lo que modernamente se llama “mente” o “subjetividad”, un espacio interior en el que se van sucediendo las múltiples representaciones que poseemos. Véase como la aproximación a la vida mental ha ido modificándose según la época histórica y conforme se ha ido transformando el objeto de estudio de la Psicología (primero era el “alma”, después el “intus” o “interioridad”, luego la “mente” y ahora, la “subjetividad”).

Pues bien, las representaciones (contenidas en el espacio subjetivo) aportan el sentido a la conducta, del que ya hemos hablado, y también hacen original a una persona y la diferencia de las demás (singularidad). Evidentemente, cada uno de nosotros contamos con una vida particular, donde nos relacionamos con una serie de individuos concretos, tenemos una historia que es nuestra, etc.; todo eso hace que mis representaciones mentales sean distintas por completo a las tuyas o a las de mi vecino del 4º piso. Esto provoca que seamos sujetos únicos e irrepetibles, aunque la Psicología (como ya veremos) intenta establecer tipologías o agrupaciones de sujetos. Mientras tanto, la conducta se encuentra más uniformada ya que procuramos adecuarla a las normas sociales establecidas (p. ej. a nadie se le ocurre ir en ropa interior o en bañador a una clase de

Psicología Médica, si voy a una boda tengo que ir arreglado, al entrar en un sitio cerrado todos nos ponemos la mascarilla, etc.); las representaciones son propias y diferenciales (p. ej. aunque un conjunto de alumnos tenga en común el hecho de estudiar Medicina, las razones que cada uno tiene para hacerlo es distinta por completo).

Algo que no se puede escapar es que ciertos contenidos subjetivos no se exteriorizan, dado que conforman el mundo privado que cada persona tiene. Se trata de elementos pertenecientes al plano de la subjetividad que no pasan a ser conductas y, por consiguiente, no pueden ser observados por los demás. Este fenómeno tiene dos caras:

-por una parte, gracias a eso podemos sobrevivir en nuestro medio social, ya que no se comunica al interlocutor la intención propia o lo que pensamos o sentimos realmente hacia él/ella y así nos protegemos (p. ej. un empleado se calla lo que piensa de su jefe ya que, si es negativo y lo cuenta, es probable que sea despedido). Al mismo tiempo, las producciones internas protegen a los demás de nuestros impulsos (p. ej. si alguien me dice alguna inconveniencia, me molesto y puedo responder dándole un guantazo, pero puedo imaginarme que lo hago, en cuyo caso me contengo y el otro no recibe el golpe).

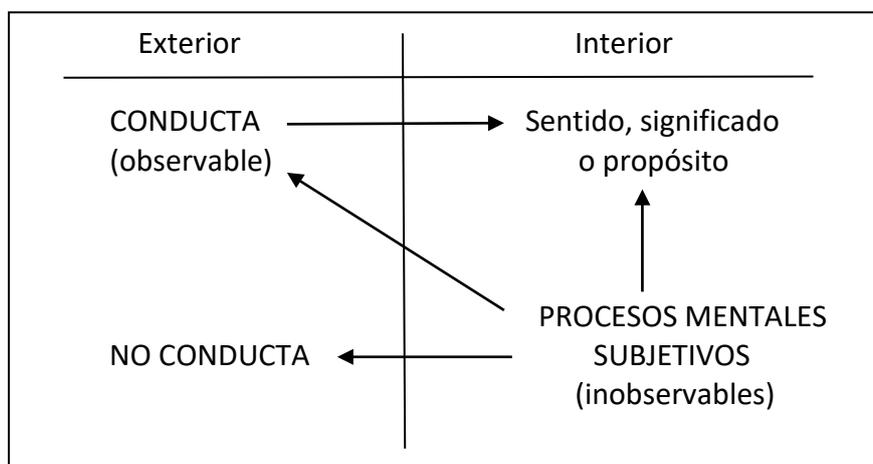
Además, existen fantasías, pensamientos o experiencias muy personales que conforma “lo íntimo” o “lo que no se cuenta” (p. ej. imágenes sexuales, fantasías agresivas y/o violentas o recuerdos de experiencias humillantes). Muchas veces los médicos somos depositarios de estas intimidades de los pacientes, contándolas en el contexto de una consulta médica y no fuera de ella.

-Por otra, cuando se exagera este mecanismo, tenemos individuos demasiado secretos, que organizan un mundo interior demasiado protegido; estos suelen provocar desconfianza en sus interlocutores pues, tarde o temprano, se aperciben del fenómeno. La base se encuentra, sobre todo, en el miedo (a ser descubierto, a ser conocido, a la crítica ajena, a perder el cariño, etc.) o en el intento de manipulación ajena (“si me callo y no cuento nada de mí y sé todo del otro, lo tengo en mis manos”), aunque también puede producirse por otras razones (desconfianza, timidez, inseguridad, etc.).

En cualquier caso, guardarse demasiado los problemas provoca el siguiente efecto negativo: al no sacarlo, no se tienen referencias externas sobre la dimensión que en realidad tiene, haciéndose la bola cada vez más grande. Si se comunica a los demás ese contenido, se produce una puesta en común apareciendo entonces una “medida” de su intensidad (p. ej. la persona que tengo enfrente me dice: “mira a mí me pasó igual que a ti y finalmente se arregló de esta forma...”) y, por si fuera poco, pueden hallarse nuevas soluciones. Luego, en condiciones de normalidad, existe una selección de lo que se dice, no dándose un

movimiento en los extremos (o lo saco “todo” o no comento “nada”) y también resulta muy conveniente saber a quién se le cuenta algo y a quién no.

Los médicos, como ya se dijo en el apartado 1.1, somos los depositarios de un material psicológico no explícito fuera de la consulta, ya que en esta los enfermos pueden contar lo que quieran, de manera que este contexto se constituye en el lugar idóneo para exponer aquello que el medio social no suele permitir. Al mismo tiempo, el paciente considera que el profesional sanitario posee una discreción absoluta; no obstante, esta apertura puede alterarse en el sistema público de salud, sobre todo cuando el consultante se encuentra ante varias personas dentro de la consulta (el médico, el residente, la enfermera, el estudiante de medicina, el/la enfermero/a en prácticas, etc.).



Para terminar este apartado, es importante señalar que los esquizofrénicos carecen de esa intimidad de la que los demás gozamos, ya que creen firmemente que quienes le rodean conocen sus pensamientos e incluso pueden influir en su mente (p. ej. meterle ideas en la cabeza o sustraérselas).

Un esquizofrénico joven que acudió a la consulta, al preguntarle en qué se le podía ayudar, respondió: “no me lo pregunte, porque usted ya lo sabe”. El paciente estaba convencido de que “cualquiera podía leer su mente” incluido el médico que era la primera vez que lo veía.

1.4. ¿Qué es Psicología Médica?

No se trata ni de una “psicología para médicos” ni de una “psicología aplicada a la Medicina”, ya que no se trata de Psicología ni nosotros somos psicólogos. Tampoco es una especialidad médica (la Psiquiatría, si), ni una “visión no biológica de la Medicina”, dado que la Psicología Médica tiene en cuenta los aspectos biológicos del enfermar.

Una concepción más exacta específica que se trata de la psicología de la práctica médica (3), cuya meta es preparar psicológicamente al médico con objeto

de que pueda entender mejor al enfermo (7). Nace de la necesidad de humanizar la Medicina, ante la excesiva tecnificación, especialización y burocratización existente en ella. Sobre este particular ya se pronunciaron Ortega y Gasset y Gregorio Marañón.

Es como si en los últimos tiempos la Medicina se hubiera olvidado de su mismo objeto: el hombre enfermo; la Psicología Médica procura rescatarlo e incluirlo en la práctica médica. Hablamos de una empresa que no solo implica al psiquiatra, sino a cualquier médico tenga la especialidad que tenga.

1.5. Fuentes de la Psicología Médica.

En este apartado se trata de dilucidar cómo se ha formado el conjunto de saberes de los que se ocupa la Psicología Médica. Existen dos fuentes reconocidas:

a) Los conocimientos de Psicología que deben concretarse en la actividad médica. Se trata de seleccionar contenidos, ya que cualquier material psicológico no le sirve al médico; por consiguiente, el criterio a emplear es la utilidad (“qué contenidos psicológicos puedo usar para relacionarme mejor con mis pacientes”).

Conviene señalar que ciertos resultados experimentales no pueden aplicarse a la Medicina de ahí que, en su afán de crear un cuerpo de conocimientos coherentes, la Psicología Médica haya tenido que desviarse de la psicología “oficial”, por ser demasiado teórica y/o experimentalista (6, 8-10). Eso no quita que ciertos apartados de la propia Psicología puedan adherirse a la práctica del médico.

b) Los conocimientos de Psiquiatría procedentes de la relación médico-enfermo y de la psicopatología. Trátase de una adición de contenidos y criterio es la práctica clínica.

En este aspecto los psiquiatras han hecho valiosas aportaciones a nuestra disciplina, destacando figuras como: López-Ibor, Seva, Alonso Fernández, Rey Ardid, Sarró, etc. Análogamente, un grupo reconocido de internistas alemanes se interesó por los aspectos psicológicos del enfermar, entre los que destacaron: Krehl, Kraus o von Weizäcker. Tuvieron el mérito de convertir al sujeto que consulta en objeto de investigación y, para llevar a cabo con éxito este plan, se apoyaron en los textos de Freud (lo veremos con más detalle en el Cap. 3º). A esta inclusión del sujeto en el ámbito de la Medicina Laín Entralgo lo llamó “personificación del enfermo” (11).

Aunque en el próximo capítulo nos dedicaremos al psicoanálisis, es conveniente que digamos aquí que Freud ingresa en la Psicología, no por el estudio de la parte racional del ser humano (el pensamiento, la formación de conceptos, la memoria o la inteligencia), sino por el instinto que es lo más próximo al cuerpo. Este enlace entre biología y psicología, llevado a cabo por el creador

del psicoanálisis, entusiasmó a los internistas alemanes los cuáles llevaron a cabo desarrollos teóricos bastante fecundos y útiles en la práctica médica.

1.6. Objetivos de la Psicología Médica.

En la Presentación ya se indicaron cuáles eran las distintas partes del programa de Psicología Médica; estos pueden entenderse como objetivos de la misma, de ahí que recorramos este apartado de una manera rápida con idea de no incurrir en repeticiones. Destacamos los siguientes objetivos:

1º) Aportar conocimientos de Psicología General para aplicarlos a la práctica; de esta materia van a tomarse las “funciones psicológicas” y las alteraciones correspondientes de cada una de ellas. El antecedente de esta división del aparato psíquico en diferentes “funciones” se encuentra en Aristóteles, quién habló de las “potencias del alma”, concretamente de tres: memoria, entendimiento y voluntad.

2º) Situar el conocimiento psicopatológico en el ámbito general de la práctica médica. Cualquier médico está obligado a detectar los problemas más evidentes en sus enfermos y a darles las orientaciones pertinentes, con la intención de que no vayan a más o surjan complicaciones. La psicopatología permite detectar dichos problemas (ansiedad, anorexia, depresión, riesgo de autolisis, trastornos del comportamiento, etc.).

3º) Conocer los fundamentos biológicos y psicológicos de la personalidad, así como los tipos de la misma en relación a las conductas de salud y enfermedad.

4º) Conocer las etapas del desarrollo evolutivo desde la infancia hasta la senectud. Ya se dijo antes que el médico tiene que admitir en su consulta individuos de distintas edades, de ahí que tenga que considerar ciertos principios psicológicos propios de cada una de ellas.

5º) Formación en aspectos psicológicos y sociales del enfermar; con esto se favorece la comprensión del paciente. Importa ahora saber cuáles son las respuestas psicológicas de las personas que padecen una enfermedad, sabiendo que esta se convierte (para la mayoría de los sujetos) en un estado indeseable que implica buscar ayuda profesional.

6º) Producir cambios en las actitudes del estudiante. No solo se pretende obtener las claves teóricas imprescindibles sobre Psicología, sino que aquel tiene que modificar algunas actitudes y, en particular, que adquiera una mayor sensibilidad hacia los problemas humanos. Esta es, justamente, la diferencia que existe entre “información” y “conocimiento”. En la primera de ellas se sabe sobre un conjunto de materias pero solo racionalmente y, tan pronto como se desembucha (p. ej. en un examen), se olvida; por el contrario, el “conocimiento” implica una subjetivación de la información, de manera que ya forma parte del

propio sistema de creencias. Los conocimientos de Psicología, como ya veremos, van a servir para vivir mejor y, en el campo de la salud, para conocer a los enfermos y realizar intervenciones más satisfactorias (para ellos y para el propio médico).

Una dificultad que se desprende de este sexto objetivo la siguiente: ¿qué ocurre con aquellos médicos a quienes no les gustan los aspectos psicológicos de los consultantes y solo quieren ser técnicos? ¿se trata de una postura corregible? ¿debe corregirse? Volveremos más adelante sobre el asunto, cuando tengamos más contenidos (psicológicos) con los que trabajar.

7º) Aportar las herramientas necesarias para poder intervenir psicológicamente con los pacientes. Este último apartado viene a indicarnos que la actividad médica no puede ceñirse solo a explorar al paciente, pedir pruebas diagnósticas y llevar a cabo una orientación terapéutica. En este avatar no puede olvidar que tiene que hacer algo para conseguir que quien acude a su consulta se implique en el tratamiento y que mejore su actitud hacia la consulta (p. ej. que disminuyan los temores, que no se retrasen las citas programadas, etc.). Los últimos capítulos de estos libros están dedicados a resolver estas cuestiones.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rojo Sierra M. Fundamentos doctrinales para una Psicología Médica. Barcelona: Toray, 1978.
2. Wukmir VJ. Psicología de orientación vital. Barcelona: Miracle, 1960.
3. Alonso Fernández F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual (vol. 1). Madrid: Paz-Montalvo, 1979.
4. Delay J, Pichot P. Manual de Psicología (6ª ed.). Barcelona: Toray-Masson, 1979.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión): Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
6. Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría (Tomo 1). Problemas generales. Psico(pato)logía . Madrid: Alianza Universidad, 1993.
7. Schneider PB. Psicología aplicada a la práctica médica. Buenos Aires: Paidós, 1985.
8. Jaspers K. Psicopatología general. México: FCE, 1993.
9. González de Rivera J: Concepto y definición de la Psicología Médica. *Psiquis* 1999; 20(3): 87-95.
10. Bumke O. Nuevo tratado de enfermedades mentales. Seix Editor, 1946.
11. Laín Entralgo P. La medicina actual. Madrid: Seminarios y Ediciones, 1973.

Capítulo 2º. Teorías y modelos aplicados a la Psicología Médica.

2.1. Modelo conductista.

Este capítulo tiene como objetivo presentar los modelos más importantes que existen en la actualidad dentro de la Psicología y que tienen gran trascendencia sobre nuestra materia. Un modelo no es la realidad misma, sino una manera de captarla o de aprehenderla para poder saber cómo es y, más tarde, operar sobre ella. Dado que la realidad humana es compleja, también va a serlo la aproximación que se realice a ella, de ahí que no exista una sola forma de hacerlo, implicando la existencia de distintos esquemas teóricos. En el presente, contamos con tres modelos de plena vigencia y que son utilizados sistemáticamente por los profesionales sanitarios: el conductismo, el cognitivismo y el psicoanálisis.

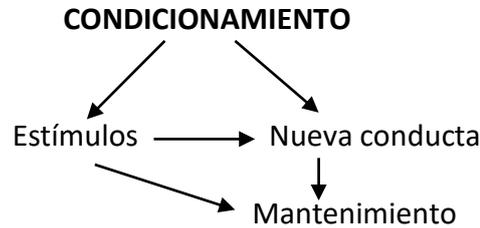
El primero de ellos representa una psicología “sin mente” ya que no tiene en cuenta la existencia del mundo interior. El cognitivismo considera solo los aspectos conscientes, mientras que el psicoanálisis atiende a la mente inconsciente. El orden que se sigue aquí empieza por los modelos más elementales (los que solo admiten la existencia de la conducta) hasta llegar a los más complejos (aquellos que incluyen la existencia de fenómenos inconscientes).

El modelo conductista (o conductismo) se sostiene en un fenómeno que se denomina “condicionamiento”, que consiste en organizar un nuevo modelo de conducta aplicando ciertos estímulos. Por lo tanto, las condiciones que tienen que cumplirse son dos: a) que se produzca un comportamiento que no estaba antes en el repertorio del sujeto, lo que supone una modificación importante y b) el cambio tiene que mantenerse, es decir, hacerse estable. Veamos un ejemplo:

En Sevilla se creó una especie de bar al que se llamó: “Sevillanos con Arte y Olé” y la pretensión era que la gente se relacionara, pero también traer clientes para que consumieran bebidas. Para ello, cada vez que llegaba una mujer al bar, se le daba una copa gratis. A medida la gente se fue enterando, el bar se llenó de mujeres y, al mismo tiempo, donde estas se encontraban, acudían los hombres. Viendo este caso elemental, puede comprobarse que se intenta cambiar el comportamiento de la gente para que acudan al sitio indicado y obtener una ganancia económica. La nueva conducta sería que la gente acudiese a ese bar, cosa que antes no hacía, y la copa gratis es el estímulo necesario para que se produzca el cambio. Pero, de nada sirve que acudan una sola vez, tienen que ir siempre que puedan, de ahí que el dueño del bar tenga que idear estrategias para que la conducta creada no desaparezca.

Existen dos versiones del condicionamiento que es necesario trabajar en este capítulo:

- 1) El condicionamiento clásico (o respondiente) de Pavlov.
- 2) El condicionamiento moderno (u operante) de Skinner.



2.1.1. El condicionamiento clásico.

A) El experimento de Pavlov. El condicionamiento clásico fue propuesto por el fisiólogo ruso Ivan Petrovich Pavlov, quién presentó sus hallazgos en el XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid (en 1903) y al año siguiente recibió el Premio Nobel. Este afamado científico estaba interesado en establecer relaciones entre la fisiología y la psicología, de manera que el comportamiento se sostiene en los procesos fisiológicos (2). En este sentido, se dedica al estudio de los reflejos, de ahí que su teoría haya recibido el también el nombre de “reflexología”. Pavlov separa dos tipos de reflejos:

a) los “incondicionados”. Se trata de respuestas innatas y constantes ante determinados estímulos (p. ej. un perro responde ante la presencia de alimento salivando o ante la presencia de una perra, interesándose y dirigiéndose hacia ella). Tienen el carácter de ser naturales.

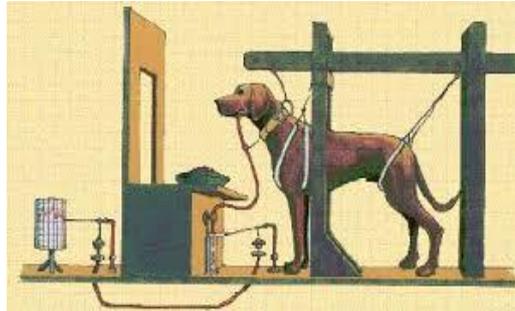
b) Los “condicionados”. Son artificiales y se crean en el laboratorio. Concretamente, surgen cuando se sincroniza un “estímulo neutro” (EN) con un “estímulo incondicionado” (EI). Intentaremos explicar estos términos nuevos para que se entiendan bien:

-Estímulo neutro (EN): es aquel que no produce respuesta en el animal inicialmente; así, si se hace sonar una campana, el animal solo tiene curiosidad por el sonido, intenta comprobar de dónde viene y si representa algún peligro para él, pero no modifica en nada su comportamiento.

-Estímulo incondicionado (EI): es el que origina automáticamente una respuesta; de este modo, un alimento (p. ej. una chuleta) provoca un efecto en el animal (salivación), lo mismo que la presencia de otro perro (se moviliza hacia él y procede a olisquearlo).

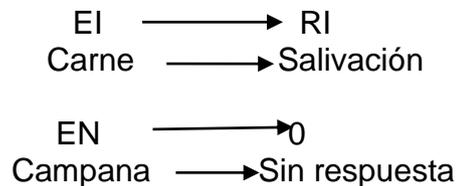
-Estímulo condicionado (EC): es aquel que origina una respuesta aprendida (o condicionada). Pavlov consigue que un estímulo que, en principio, no representa nada para el animal (EN) pueda provocar una respuesta. Tal es el

caso de la campana tras el proceso del condicionamiento, de manera que el sonido da lugar a la misma respuesta que si el animal estuviera en presencia de una chuleta.

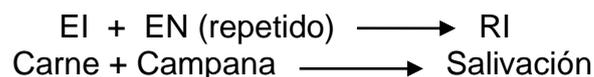


Con lo expuesto, contamos ya con los elementos necesarios para introducirnos en el famoso “experimento de Pavlov”. Este reconocido fisiólogo procede de la siguiente manera (ver imagen): toma un perrito, lo fija mediante un arnés para que no se escape y le coloca una cánula para medir la cantidad de saliva que se produce durante el experimento. En este procedimiento (experimental) se reconocen tres etapas:

1ª) Antes del condicionamiento: la aplicación de un estímulo incondicionado (EI) (chuleta), automáticamente provoca una respuesta incondicionada (RI) (salivación); ya se ha hablado de que se trata de un fenómeno completamente natural en el animal. Al mismo tiempo, el estímulo neutro (EN) no provoca ninguna respuesta; en efecto, el sonido de la campana hace que el animal ni se inmute.



2ª) Durante el condicionamiento. Se asocian repetidas veces el estímulo incondicionado (EI) al estímulo neutro (EN): cada vez que se le presenta la carne se hace sonar la campana. Evidentemente, en este caso se comprueba que se produce salivación, ya que está presente el EI pues el EN, por sí mismo, es incapaz de provocar efecto alguno.



3ª) Después del condicionamiento. El efecto que provoca este conjunto de actuaciones es el siguiente: el estímulo neutro (EN) se ha convertido en estímulo condicionado (EC) y, por sí mismo, sin la necesidad del estímulo incondicionado (EI), es capaz de provocar la respuesta condicionada (RC).

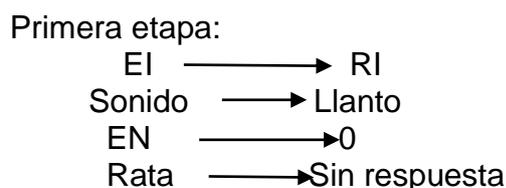


El Experimento de Pavlov puede aplicarse a situaciones de la vida diaria y, para que quede claro, proponemos a continuación dos ejemplos comunes y un tercero de carácter experimental:

Cuando yo era estudiante de los primeros cursos de bachillerato tenía un gato que, al llegar a casa, se escondía y no aparecía por ningún lado, por más que lo buscaba (tal vez por no dejar en paz al pobre animal). Descubrí intuitivamente un método infalible para que el saliese de su escondite y era el siguiente: le dábamos de comer unas bolitas de pienso contenidas en un paquete de papel marrón que, al abrirlo, provocaba un fuerte sonido, de manera tal que, cuando se abría la bolsa, el gato aparecía inmediatamente y a continuación venía la comida. Pues bien, con solo arrugar la bolsa y el gato escucharlo, aparecía por hallarse condicionado a ese sonido tan característico. Seguidamente se quedaba esperando la comida y, al ver que esta no aparecía, ponía una extraña expresión en su rostro.

Cuando vamos a comer a un restaurante japonés, nos ponen una toallita blanca enrollada para lavarnos las manos con ella. Tan pronto como la ponen encima de la mesa, ya estamos salivando. Se trata de un condicionamiento clásico (pavloviano).

A veces, en Psicología se han realizado maniobras experimentales que hoy en día no estarían permitidas por ser contrarias a la ética; una de ellas es la realizada por John B. Watson, iniciador del conductismo. Este investigador produjo una fobia experimental a un niño de 11 meses, llamado Albert, tratándose de una demostración empírica del condicionamiento pavloviano. Lo hizo de la siguiente manera: se comprobó que el niño no tenía miedos previos a los animales de pelo blanco, al tiempo que se identificó su temor a los sonidos fuertes (p. ej. golpear una lámina metálica con un martillo). Entonces, le presentó una rata blanca (hacia la que no tenía miedo alguno), al tiempo que producía el sonido metálico fuerte y, tras varios ensayos, el pequeño lloraba ante la presencia del animalito sin que se acompañara del estridente sonido. El proceso puede esquematizarse de la siguiente forma:



Segunda etapa:

El + EN (repetido) → RI
Sonido + Rata → Miedo

Tercera etapa:

EC → RC
Rata Llanto

Parece claro que las respuestas condicionadas (RC) son más débiles e inconstantes que las incondicionadas (RI), debido a que estas últimas se insertan directamente en los entresijos biológicos del animal; no es lo mismo lo que trae el animal “desde siempre” a algo que se ha provocado posteriormente en el laboratorio. Esto hace que, tras el condicionamiento la respuesta condicionada tienda a debilitarse y luego a desaparecer (“extinción”) si no vuelven a producirse nuevas asociaciones. Al mismo tiempo, la misma respuesta puede producirse ante estímulos semejantes, como le ocurrió al niño Albert que presentó fobia a prendas de vestir que tuvieran pieles blancas (“generalización”).

B) La neurosis experimental. Se trata de una alteración de la “discriminación”, consistiendo esta última en lo siguiente: el animal (o la persona) es capaz de diferenciar entre el estímulo condicionado (EC) y otros similares que no han sido condicionados (p. ej. mi gato acudía solo cuando el papel que se arrugaba era el su bolsa de comida, pero no cuando se hacía lo mismo con un folio).

La “neurosis experimental” se basa en que el animal es incapaz de diferenciar entre dos estímulos y se lleva a cabo de la siguiente forma: a un perro se le presenta primero un círculo luminoso proyectado en la pared y, al mismo tiempo, se le da comida. Seguidamente, se proyecta una elipse y no se le da ningún estímulo significativo o se aplica un estímulo aversivo (p. ej. un calambrazo). Luego, va deformándose el círculo (achatándolo) hasta que el animal no sepa distinguir si se trata de un círculo o de una elipse; en ese momento el perro se torna extraño, inquieto, rompe objetos, defeca, etc. Decimos que se ha desorganizado su conducta.

Se ha utilizado el nombre de “neurosis experimental” por la comparación entre este comportamiento animal con los cuadros neuróticos que aparecen en el sujeto humano. Tal asociación ha sido bastante criticada porque, aquello que le sucede al animal, es bastante más elemental que lo que le ocurre al neurótico (humano) y, por consiguiente, los resultados conductuales no pueden transpolarse tan alegremente de uno a otro.

C) La psicología conductista. El conductismo como escuela tiene como fecha de nacimiento el año 1912 de la mano de un zoólogo norteamericano (del que ya hemos hablado a propósito de Albert) llamado John Broadus Watson (2).

Parte de los experimentos en psicología animal, que había propuesto Thorndike, un psicólogo y pedagogo estadounidense que había trabajado con laberintos (3).

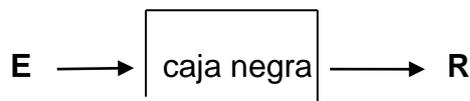
Watson intenta crear una psicología objetiva, que descarte cualquier tipo de especulación pues, solo así podría considerarse científica. Para lograrlo define:

-El objeto de estudio: la conducta observable y con ello la Psicología se convierte en la “ciencia de la conducta” (ver capítulo 1º).

-El único método aplicable es la extrospección. Con ello, pretende describir la conducta con el máximo rigor.

-Rechaza el material subjetivo y la introspección, pues considera que aquel jamás puede ser materia científica por no ser observable (p. ej. no puedo ver directamente qué sentimiento tiene una persona hacia su pareja).

-Solo importa el esquema: estímulo → respuesta. Entre ambos, como no puede saberse lo que acontece en el interior, coloca una “caja negra”. Se trata este último de un término que aparece en la Segunda Guerra Mundial, aplicado a los aparatos de intercomunicación que capturaban los aliados a los nazis, de los cuáles no se conocía ni el mecanismo de funcionamiento, ni el código que utilizaban. De ahí que el modelo conductista se llame también “cajanegrista”.



2.1.2. El condicionamiento operante.

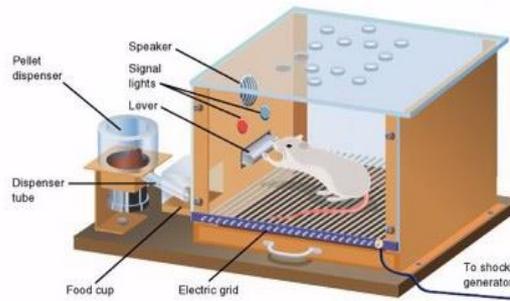
A) El experimento de Skinner. El gran impulsor de este movimiento fue el psicólogo norteamericano Burrhus Frederic Skinner, quién (en 1936) diseña un recipiente en el que va a introducir a un animal y que adopta el nombre de “caja de Skinner” o *skinner box* (4). Si miramos la siguiente imagen, descubrimos que se trata, efectivamente, de una caja en la que se mete una rata y, al mismo tiempo, existen dos dispositivos reconocibles:

-una palanca que el animal puede accionar, conectada a un recipiente en cuyo interior existen bolitas de queso; tan pronto como la rata acciona la palanca cae una bola de queso que devora con avidez y

-una rejilla electrificada en el suelo, que puede conectarse en cualquier momento dando una descarga al animal.

En vez de una rata, puede meterse en la caja una paloma pero cambiándose el dispositivo: en lugar de una palanca se coloca un disco en el que la paloma tiene que picar para que salga del recipiente un grano de arvejo.

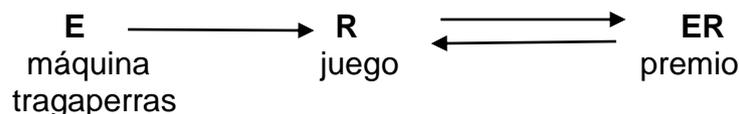
Se denomina “operante” a esta forma de condicionamiento porque se trata de una forma de aprendizaje más activa, en la que el animal tiene que actuar sobre el ambiente, digamos que “opera” sobre el medio circundante; al mismo tiempo, una “operante” es una conducta. Por el contrario, en el experimento de Pavlov el perro no tenía que hacer nada, solo salivaba espontáneamente cuando se le presentaba el estímulo.



Existe también una diferencia con el conductismo de Watson ya que este último autor se contenta con definir el estímulo (E) y la respuesta (R), pero con Skinner la respuesta se convierte en estímulo reforzador (ER) (5). Con un par de ejemplos quedará bastante claro:

Un tipo de ludópata es aquel que se “engancha” a las máquinas tragaperras, pero ¿cómo se produce este fenómeno? Está claro: cuando realiza la conducta de juego, llega un momento en que obtiene un premio, pues bien esas monedas que salen se convierten en estímulo reforzador que le lleva a volver a jugar. Esto explica la adicción que tienen muchas personas, como un paciente nuestro, que se gasta unos 500 euros mensuales (gana 800 euros/mes, con los que tiene que mantener a una familia en la que nadie trabaja excepto él).

Un estudiante se pone a estudiar, aunque no le guste la materia de la que se tiene que examinar pero, si supera la asignatura, ese aprobado le sirve como reforzador de la conducta de estudio. Decimos que “se anima” a esforzarse de nuevo para sacar adelante otras materias.



Según cabe entender, las conductas ahora son controladas por los reforzadores; dicho de otra manera: estos últimos permiten potenciar la situación, aumentando la probabilidad de que la respuesta aparezca.

En su afán de experimentar con su caja, el propio Skinner diseñó una “caja para bebés”, con la que intentaba modificar el comportamiento de estos.

B) Tipos de condicionamiento operante.

B.1. Reforzamiento. Consiste en todo aquello que aumenta la frecuencia de un comportamiento. Tiene la propiedad de que consolida la conducta deseada y muestra dos formas:

-Positivo (o recompensa). Se aplican estímulos agradables tras la aparición de la respuesta (p. ej. el grano de arvejón que se le da a la paloma tras picar el disco; si el niño baja la basura se le da un euro).

$R \rightarrow Ea$

-Negativo (escape o evitación). Aquí se utilizan estímulos desagradables antes de que aparezca la conducta a reforzar y se retiran tan pronto como esta aparece (p. ej. se activa la rejilla eléctrica y se desconecta la electricidad en el momento en que la paloma pica el disco; pongo música de ópera altísima hasta que el niño se pone a estudiar y, cuando lo hace, la quito; te doy comida basura hasta que te esfuerces un poco conmigo y entonces, te hago la que te gusta).

$Ed \rightarrow R$

B.2. Castigo. Consiste en todo aquello que aplicado después de la conducta disminuye su frecuencia; dicho de otra forma: se aplican estímulos desagradables tras la conducta que queremos extinguir. El castigo debilita una conducta indeseada (p. ej. si la paloma pica el disco se le da una descarga; si suspendes la asignatura de “Psicología Médica” no sales con los amigos durante dos fines de semana consecutivos).

$R \rightarrow Ed$

Antiguamente, se utilizaban los castigos para tratar a los homosexuales. Si el homosexual era un varón, se le proyectaban diapositivas o películas donde aparecían relaciones entre hombres y, cuando el sujeto en cuestión se excitaba, se le daban descargas eléctricas hasta que desaparecía la excitación. Hoy en día, nadie emplea estas técnicas (aversivas) considerándose históricas y, como veremos, no solo porque ya no se considera patológica a la homosexualidad.

Después de que Skinner levantara el edificio del condicionamiento operante se ha visto que, para obtener un mejor aprendizaje, son más eficaces los reforzadores que los castigos. Esto ha hecho que hayan cambiado los planteamientos en la forma contemporánea de educar, pues los castigos (p. ej. expulsión de clase, darle con la regla en la mano, ponerlo mirando a la pared,

copiar 100 veces “tengo que ser más educado”, etc.) han cedido el paso a los premios (p. ej. regalarle un libro, se le sube medio punto la nota final, se le felicita públicamente si aprueba, etc.). Análogamente, en terapia ya no se aplican los estímulos aversivos como antes (p. ej. para extinguir una conducta de adicción se usaban las descargas eléctricas); en este cambio se descubre también una razón ética que impide, en numerosas ocasiones, utilizar dichas técnicas. Estas quedan muy bien reflejadas en la película *La naranja mecánica*, obra maestra de Stanley Kubrick.

Hoy en día se diseñan “programas de reforzamiento” capaces de crear una conducta y de mantenerla. Hay que considerar que tales programas no solo se desarrollan en el ámbito terapéutico sino que, como ya sabemos, la mayor parte de las apuestas (lotería, cupones, máquinas tragaperras, bingo, etc.) y de los incentivos laborales (comisiones, productividad, primas, etc.) se basan en este tipo de programas. Mientras tanto, los castigos se utilizan en contadas ocasiones (multas de tráfico, retirada de puntos de carnet de conducir, etc.); incluso, en los centros carcelarios se están empleando los premios en lugar de los castigos (permisos, tiempo libre fuera de la celda, ir al gimnasio, etc.).

2.2. Modelo cognitivo.

2.2.1. Características y principios. El modelo que ahora abordamos supone una revisión del conductismo radical o “cajanegrista”, por tratarse de una visión demasiado simplificada, que está bien para entender y modificar el comportamiento animal, pero que se queda un poco corto a la hora de abordar la complejidad de la mente humana. De hecho, Watson era zoólogo y Skinner un antimentalista y psicofóbico, que llegó a considerar el propio organismo como una “caja negra” (6). Un psicólogo estadounidense, llamado Edward C. Tolman, va a llevar a cabo esta provechosa revisión, que supuso en su momento abrir una brecha en la rígida metodología conductista (observación estricta, rechazo del material subjetivo, mediciones rigurosas, etc.) (7).

La palabra “cognitivism” alude a conocimiento o conciencia y es que, entre el estímulo (E) y la respuesta (R), habría que colocar a la conciencia para poder completar el esquema. En este sentido, el cognitivism supone una ampliación del conductismo, en dirección hacia la interioridad de la persona humana, tal como puede verse en el siguiente esquema.



Tiene en cuenta a la conducta, por tratarse de algo evidente, pero extiende el campo de estudio que trataba el conductismo (solo la conducta observable). Se desarrolla a partir del neoconductismo skinneriano y supone una reacción al antimentalismo de los conductistas; de este modo nace el “conductismo pensante” que no es, sino, una forma de definir al cognitivism. En esta línea, los

pensamientos y las creencias (cogniciones) intervienen sobre la conducta, facilitándola o inhibiéndola.

Así pues, las características del modelo cognitivo son las siguientes:

1ª) los procesos cognitivos (creencias y pensamientos) intervienen en:

-que la conducta sea adaptada o desadaptada; en el primero de los casos, se adecua a los requerimientos del medio, cosa que no sucede en el segundo y

-las respuestas emocionales, que serán más o menos intensas dependiendo de las cogniciones.

2ª) Los patrones de pensamiento pueden modificarse para poder cambiar la conducta y las emociones, un proceso que se denomina “reestructuración cognitiva”.

Estos novedosos planteamientos han dado lugar a la comparación de la mente humana con el procesamiento de un ordenador y ha posibilitado el desarrollo de la llamada Neuropsicología Cognitiva. Esta última trata sobre las relaciones que existen entre ciertas capacidades relacionadas con el conocimiento (memoria, inteligencia, atención, lenguaje, resolución de conflictos, manejo de la información, etc.) y el funcionamiento cerebral; de este modo, las lesiones localizadas en un área determinada del cerebro informan sobre cómo se alteran ciertos procesos cognitivos.

2.2.2. Derivaciones teóricas del modelo cognitivo.

A) Teoría de la atribución. El modelo cognitivo concede gran importancia a la llamada “teoría de la atribución”, la cual se centra en lo que piensan los sujetos sobre los fenómenos que experimentan (5). Para entenderlo, hay que considerar que los humanos estamos continuamente realizando interpretaciones sobre lo que ocurre a nuestro alrededor, debido a que es una forma de conseguir el control sobre el medio que nos rodea.

Sustentándose en esta base, la “teoría de la atribución” supone que se hacen interpretaciones sobre la realidad y sobre nosotros mismos, muchas de las cuáles son erróneas. Se trata de un fenómeno frecuente del pensamiento humano, que recibe el nombre de “falsas atribuciones”; estas, a su vez, ocasionan una falta de control del sujeto sobre su propia vida y los sucesos que ocurren en ella. Ello indica que se puede llegar a sufrir más por cómo se piensa la realidad que por la realidad misma, un efecto que vamos a ver a lo largo de todo el capítulo. Veamos algunos ejemplos:

Si una persona cree que sus fracasos se deben a la “mala suerte” que tiene en la vida, se trata de una atribución falsa y estable que le lleva

directamente a una falta de control sobre su futuro. Entonces, todo cuanto haga le va salir mal, debido a la “mala pata”, con lo que no puede hacer nada porque los resultados siempre escaparán a su dominio.

Si alguien cree que sus problemas se deben al “gobierno de este país, que es un desastre”, tampoco va a poder dominar los resultados de sus actuaciones. Entonces, cualquier cosa que realice, tendrá un resultado nefasto dado que no puede luchar contra un sistema corrupto.

Un reconocido filósofo existencialista francés, llamado Jean Paul Sartre, hablaba de la responsabilidad de cada ser humano sobre su propia vida y de que poner la culpa de lo que a uno le ocurre en cualquier circunstancia externa (familia, amigos, pareja, gobierno, clima, sociedad, etc.) es un producto de la “mala fe” (*mauvaise foi*). Evidentemente, en estos casos la persona implicada tendrá que descubrir su implicación en los actos que realiza (o deja de realizar).

Es fácil dejarse llevar por estos planteamientos y así, el mismísimo Napoleón Bonaparte creía firmemente en la suerte, tratándose de un factor decisivo a la hora de elegir a sus generales más cercanos. Decía: “sí, sí, ya sé que es brillante, valiente y un espléndido militar, pero ¿tiene suerte?”. Si el tipo tenía fama de “cenizo” y no parecía tocado por el dedo de diosa Fortuna, se quedaba sin ascenso.

Esta teoría que acabamos de estudiar deriva directamente a la siguiente: la “indefensión aprendida”.

B) La indefensión aprendida. Propuesta por el psicólogo estadounidense Martin Seligman (8), entre 1967 y 1975. Previamente, había hecho la siguiente observación: cuando se le abría la jaula a un animal sometido a castigos, no escapaba; especificó que se encontraba en un estado de abatimiento.

La teoría de la indefensión aprendida puede describirse de la siguiente forma:

- a) el sujeto estima que lo que le ocurre es ajeno a su voluntad,
- b) desarrolla un aprendizaje de no control, entrando en expectativa de indefensión, pues recibe castigo sea cual sea su comportamiento,
- c) sometido un tiempo a esta situación, muestra una forma de paralización al no poder escapar, presentando: incontrolabilidad, sentimiento de desesperanza y abatimiento.

Véase la gran proximidad de estas manifestaciones a los estados depresivos. Estos extremos quedarán mucho más claros con un par de ejemplos clínicos:

Una mujer de 35 años está casada con un hombre hostil, aunque nunca “le ha puesto una mano encima”. Ha intentado ser amable con él, pero se ha enfadado porque “no le gusta tener como mujer a un perro”. Otras veces se ha impuesto y ha actuado de forma más firme, diciéndole que su manera de tratarla no le gusta y él ha respondido que “si se pone así de enfadada, le parece una persona muy desagradable y tendrá que divorciarse”. Ella ha entrado en “indefensión” ya que, si se porta amablemente, recibe castigo pero ocurre lo mismo si es más asertiva, luego no sabe cómo actuar y se encuentra paralizada en su relación, sin posibilidad de escapar de la situación. Es este el momento en que inicia su tratamiento psicoterapéutico y la única salida que tiene será reconocer que ella puede decidir qué hacer con la relación y que es responsabilidad suya seguir o no seguir adelante con la misma.

Un varón de 50 años se encuentra en una situación parecida a la mujer del caso anterior. Ha heredado una pequeña empresa familiar de la que es director y no sabe cómo tratar a sus empleados, ya que estos “son cada vez más exigentes, a pesar de cómo están las cosas”. Si actúa amablemente con ellos y les da alguna prima, se quejan de que les ha aportado muy poco en relación al trabajo realizado. Si se muestra con rectitud y dice que “las arcas están vacías”, no dándoles nada, protestan porque no les merece la pena trabajar si su jefe no tiene ni un solo detalle con ellos. Actúe como actúe, los empleados se quejan. Al final de este proceso, no tiene ganas de ir a trabajar y hay días que se ha quedado acostado en la cama; si esto continúa así puede ser el caos para el negocio.

Según se desprende de estos casos, en la indefensión aprendida lo que ocurre es que una persona ha aprendido a actuar de modo pasivo, con la impresión subjetiva de no tener la capacidad de hacer nada y de no poder responder, a pesar de existir posibilidades reales de modificar la situación de castigo. Insistimos una vez más: la dicha situación se percibe como incontrolable pero no es así, pues se está negando la posibilidad de ser activo en el cambio, lo que implica hacerse responsable de lo que ocurre. Hacerlo significa, según Sartre, escapar de la “mala fe”.



C) Teoría del aprendizaje social. Ha sido planteada por el psicólogo canadiense Albert Bandura, en 1961, y demuestra que el aprendizaje puede producirse a través de la imitación de otras personas, sin que exista el reforzamiento. Hasta ahora hemos visto que este último aspecto era fundamental para adquirir nuevas conductas y, por lo tanto, para aprender; que no tenga que producirse es una novedad que aporta esta teoría cognitiva (9).

La demostración la hace Bandura con el llamado “experimento del muñeco bobo”. Como su nombre indica, utiliza un muñeco bobo, juguete hinchable de metro y medio de altura que recupera su posición inicial tras ser golpeado y que presenta a un grupo de niños preescolares (entre 3 y 6 años) asistentes a la guardería de la Universidad de Stanford. Aunque el experimento adopta diversas formas, en la más conocida se dividió a los niños en tres grupos: uno donde se les presentaba a un adulto golpeando al muñeco, el segundo veía actitudes no agresivas con el muñeco y el tercero no observó ningún comportamiento relacionado con el juguete. Aquellos niños que fueron testigo de actos agresivos, al estar frente al muñeco, comenzaron a golpearlo y a lanzarlo, mientras los que no presenciaron esas actitudes violentas no lo hicieron y, en su lugar, jugaban con él pacíficamente o lo ignoraban. Algún tiempo después, Bandura volvió a recrear el experimento, utilizando esta vez la televisión para ver si provocaba el mismo efecto y los resultados fueron idénticos.

Esta forma de asimilar conductas se denomina “aprendizaje vicario”, donde interviene la observación, a partir del ejemplo de otra persona, dándose un proceso que se conoce como “modelado”. Para que este se desarrolle hace falta:

- a) un modelo. Son las personas admiradas o poderosas, normalmente individuos adultos (p. ej. el padre).
- b) Se observan en él ciertas conductas (habilidades),
- c) Se lleva a la acción.
- d) En el proceso interviene la motivación o una buena razón para observar la conducta (del modelo). La motivación es la que pone en marcha la atención para poder registrar las conductas y se despierta en aquellas ocasiones en las que una persona es recompensada o reprochada por hacer o no hacer algo (p. ej. si un chaval coge el móvil estando en clase y es reprendido por el profesor, los demás aprenden vicariamente que se trata de un comportamiento a evitar). Un ejemplo puede aclararlo bien:

En un curso al que asistí en Madrid, el docente invitado era un psiquiatra argentino muy reputado. Empezó a hablar admirablemente, pero el hombre tenía una tos “in crescendo”, de tal manera que tosía subiendo progresivamente la intensidad del carraspeo. Era un fenómeno completamente característico y jamás había visto una tos así. Cuando se

produjo el descanso, tras dos horas de conferencia, y antes de comenzar la segunda parte, mientras estábamos en el bar, algunos miembros del grupo (quizás los más jóvenes) presentaron la misma forma de toser tan característica del afamado doctor.

La teoría de Bandura se llama “aprendizaje social” porque involucra a la comunidad, es decir que se requiere para aprender la relación interpersonal, es decir, la presencia de otros individuos. En efecto, al observar a los demás el individuo se forma una idea de cómo se realizan los comportamientos y, posteriormente, esta información codificada sirve como guía para la acción (9). A partir de estas sugerencias teóricas, se puede comprender el gran peligro y la gran responsabilidad que tienen los medios de comunicación a la hora de lanzar sus programas.

2.3. Modelo psicoanalítico.

2.3.1. Introducción histórica.

A) El principio del psicoanálisis: el caso Anna O. Ahora toca tratar el último de los modelos necesarios de conocer para entender la constitución del aparato psíquico; se trata del Psicoanálisis. Antes de empezar, hay que fijarse que, mientras el cognitivismo ha sido puesto en escena mayoritariamente por psicólogos, el Psicoanálisis ha partido de la institución médica en la que se ha integrado plenamente, mientras que ha recibido más críticas desde la Psicología.

En efecto, la teoría psicoanalítica es el trabajo realizado por un neurólogo vienés y conocido por todos: Sigmund Freud; es uno de los grandes genios que ha producido el s. XX. Este doctor comenzó tratando mujeres que padecían histeria (del griego *hystéra*: útero), un trastorno con alta prevalencia en las clases acomodadas de finales del siglo XIX. Estas presentaban síntomas muy aparatosos que tenían una apariencia neurológica (convulsiones, parálisis, parestias, anestias, ceguera, etc.) pero que, al ser estudiadas concienzudamente, no mostraban ninguna lesión identificable. Freud descubre un método para tratarlas y, paralelamente, presenta una teoría novedosa del aparato psíquico que influyó notablemente en la cultura occidental.

La histeria era ya conocida en la Grecia Clásica y, para explicarla, se creó la “teoría de las migraciones uterinas”, defendida por Hipócrates y que permaneció intacta durante siglos. Según esta, el útero es un animal que tiene que comer (semen) frecuentemente y, si no lo hace, pierde su consistencia, se seca, pudiendo entonces desplazarse a través del cuerpo. Cuando esto sucede, provoca numerosas dificultades en el organismo femenino (dolores, sofocos, pérdida de la voz, hinchazón, etc.) e incluso, llegar a dificultar la respiración, impedir comer por comprimir el esófago u oprimir el corazón provocando palpitaciones (angustia). La medida a adoptar para que el útero volviera a ocupar su lugar estaba clara: casar a las solteras y viudas o emplear baños aromáticos

vaginales (esta última medida aparece ya reflejada en el papiro egipcio de Kahun) (10). Cuando llegó la Edad Media, al considerarse las prácticas sexuales como vergonzantes, se entendió la histeria como posesión por las fuerzas del mal y estas mujeres fueron consideradas posesas o brujas y, en consecuencia, lanzadas a la hoguera.

Freud recibió esta herencia y se puso a profundizar en la histeria. Casualmente, coincide con que obtiene una beca para estudiar en París con el eminente neurólogo Jean Martín Charcot. Este último empleaba en el tratamiento la hipnosis (viene de *Hypnos*: dios del sueño) y con ella consiguió intercambiar los síntomas de las enfermas: aquellas que estaban atónicas (flácidas o paralizadas), las convertía en agitadas (convulsivas o con movimientos espasmódicos) y viceversa. Por aquel entonces, la hipnosis era un tratamiento de moda y, a tanto llegó, que en Francia existían dos escuelas: la de París (dirigida por Charcot) y la de Nancy (fundada por Berheim).

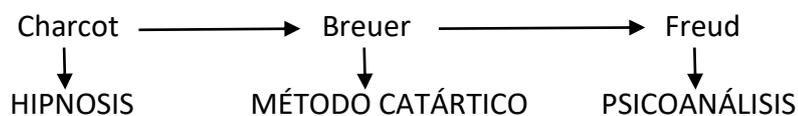
Cuando Freud retornó a Viena empleó la hipnosis durante cierto tiempo, obteniendo buenos resultados, pero este procedimiento presentaba dos grandes problemas: 1º) que el paciente no recordaba nada de lo que había sucedido durante el trance, con lo cual se trataba de un material muy interesante pero inútil desde el punto de vista terapéutico y 2º) había que estar periódicamente sometiendo a este mismo tratamiento pues los síntomas tendían a repetirse.

La cosa cambió bastante a partir del encuentro que Freud tuvo con un colega y amigo, llamado Josef Breuer, un médico bastante reputado en la Viena de entonces y, tanto era así, que había descubierto un reflejo de la respiración que lleva su nombre. Este último le narró la historia de una paciente histérica que estaba tratando: el caso Anna O.; se llamaba en realidad Bertha Pappenheim pero, procurando guardar su privacidad, se publicó el historial con ese nombre en clave. La paciente estaba aquejada de numerosos síntomas padecidos a lo largo de su proceso: parálisis, trastorno del lenguaje que le llevó a perder el habla, hidrofobia (incapacidad de beber), deterioro de la visión, movimientos oculares involuntarios, etc.

Breuer utilizó con ella lo que llamó el “método catártico” mediante el cual, en vez de someterla a hipnosis profunda, solo la llevaba a una ligera sugestión mediante la que Anna era capaz de expresar su malestar y aún de verbalizar el origen de los síntomas (p. ej. su dama de compañía le había dado de beber agua a su perro en el vaso de ella) y, al revivirlo a través de la palabra (“aquel asqueroso recuerdo”), se producía la remisión. La terapia con Breuer finalizó antes de tiempo debido a que se fue creando un vínculo de fuerte contenido erótico de la paciente hacia su médico, haciendo que aquel abandonara el tratamiento. Pero no solo eso, sino que Breuer dejó definitivamente el campo de la histeria (salió huyendo), después de que firmara con Freud un libro sobre esta patología (11). Sabemos que Anna O., después del tratamiento con este último

llegó a ser la primera asistente social de Alemania y se convirtió en una reconocida defensora de los derechos de la mujer y de los niños.

Posteriormente, Freud se quedó solo con sus pacientes y pegó el salto final en dirección a la invención del psicoanálisis. En esto tuvo mucho que ver una nueva paciente histérica (Emmy von N) y sucedió de la siguiente manera: Freud le preguntaba constantemente de dónde venía esto o cuál era el origen de aquello y la paciente solicitó que cesara de intervenir y que la dejara hablar lo que quisiera. Freud había inventado (con su paciente) la “asociación libre” o “regla fundamental” del psicoanálisis: en la sesión quién acude a consultar puede hablar de lo que se le pase por la cabeza sin poner ninguna traba o censura. La paciente llamó a esta forma de trabajo: “cura por la palabra” o *talking cure*.



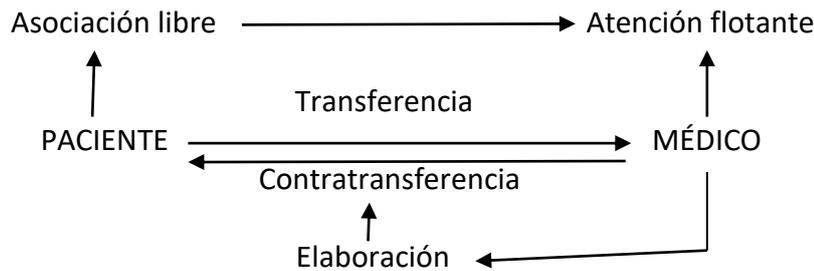
B) El dispositivo psicoanalítico. Según lo expuesto, en la sesión analítica el consultante tiene que verbalizar cuanto desee y de la forma que quiera; no tiene que seguir un relato ordenado y coherente, solo lo que le vaya saliendo. Se supone que, a lo largo de la exposición que realiza, saldrán a la luz los contenidos inconscientes que son el soporte de sus síntomas y/o molestias.

Un paciente de 35 años de edad, directivo de una conocida empresa, empieza hablando de esta forma: “como ve, soy un hombre guapo, alto, visto bien, tengo dinero y bastante éxito con las mujeres. No me puedo quejar. Tengo una familia encantadora...”. Cualquiera que lo escuchara podía pensar: ¿para qué viene este hombre a la consulta si parece tenerlo “todo”? Pero, Freud recomienda paciencia y una escucha atenta pues, tarde o temprano, hablará de lo que realmente le ocurre, cuando deje atrás las “palabras vacías”. Ciertamente, pasado un buen rato en el que va glosando sus miles de maravillas, dice con gran pesar: “...vd. ha visto que tengo muchas cosas, pero soy muy desgraciado porque, en el momento en que estoy con una mujer, no puedo contenerme y me voy antes de tiempo. Eso para mí es una grandísima frustración y es tan fuerte que consigue anular todas las cosas buenas que poseo. Además, es una gran vergüenza tener que contarlo porque hay que ser un hombre y yo no puedo...”.

Entre tanto, el médico tiene que ejercitar la “atención flotante”, quiere decir estar completamente atento a lo que dice la persona que consulta; esto no es tan sencillo y, en capítulos posteriores, veremos las dificultades que tiene la escucha. Poco a poco, el paciente va desarrollando hacia el médico sentimientos y afectos, a los que Freud denomina “transferencia”. Paralelamente, el médico también reacciona a lo que verbaliza el paciente y sus afectos y emociones reciben el nombre de “contratransferencia”. Esta tiene que ser elaborada sistemáticamente

para que no interfiera en las sesiones (p. ej. si una persona le cae mejor al médico o le despierta curiosidad, podría dedicarle más tiempo que a otra persona que le cayera peor o que tenga un discurso más aburrida).

La elaboración consiste en reflexionar sobre aquello que se siente hacia la persona que se tiene delante y entender por qué se produce; al final tiene que ver con las experiencias previas y con la personalidad del propio psicoanalista. Solo pensando en lo que se siente, es como este último puede desarrollar una verdadera escucha que no interfiera en el desarrollo de la sesión.



Para Freud, el motor de la cura es la transferencia, de manera que esta forma parte del vínculo (necesario) que hace que el paciente continúe las sesiones, a pesar de descubrir aspectos de sí mismo que no le agradan o le duelen. Además de lo expuesto, el creador del psicoanálisis se interesa por los sueños y habla de ellos con sus pacientes, llegando a interpretarlos en el transcurso de la cura analítica (12); por consiguiente, los sueños tienen un significado capaz de ser descifrado, no tratándose tan solo de meros fenómenos fisiológicos sin sentido.

2.3.2. Postulados fundamentales del psicoanálisis. El psicoanálisis se sostiene en los siguientes aspectos :

1º) La existencia de un psiquismo inconsciente que determina la conducta. En este sentido, amplia notablemente la concepción del aparato psíquico; hemos visto una evolución desde el estudio de la mera conducta y los componentes externos que pueden modificarla, pasando por la conciencia y su contenido, hasta llegar ahora al inconsciente.

Cuando Freud describe los procesos inconscientes lo que trata es de poner un orden en fenómenos aparentemente caóticos, como es el caso de crisis histéricas violentas, parálisis, reacciones emocionales exageradas, elecciones amorosas imposibles, etc. Al mismo tiempo, da a entender que no todo es conciencia; en efecto, muchos de los fenómenos que nos suceden a los humanos no pueden explicarse solo como procesos conscientes (p. ej. no sabemos por qué escogemos una determinada profesión o por qué actuamos de una determinada forma ante una situación que ya habíamos experimentado antes).

2º) Dar importancia a las vivencias infantiles, tanto en la formación de la personalidad como en el origen (patogenia) de ciertos trastornos mentales. Cuando estudiemos la personalidad, comprobaremos como muchos rasgos de la misma se encuentran ya consolidados en edades tan tempranas como los 4 ó los 5 años (formación del carácter).

3º) La repetición inconsciente de conductas. Los comportamientos humanos tienen la característica de darse una y otra vez de la misma forma (p. ej. en los consumos de sustancias, en las elecciones de pareja, el tropiezo con los mismos errores, etc.). Veamos un caso:

Un paciente, de 22 años de edad, se queja de que siempre ha elegido mal a sus parejas y lo apoya en los siguientes hechos: las tres novias que ha tenido le faltaban el respeto de una forma alarmante y, a tanto llegaba, que lo ponían en vergüenza delante de sus propios amigos. La última llegó a decir: “este que veis aquí que parece tan buenecito es un guarro integral. Cuando se ducha, las toallas las tira al suelo y no las recoge. Cuando va al cuarto de baño deja la caca pegada en la taza de váter. Cuando yo lo conocí, las sábanas de la cama estaban negras sobre todo por la parte de los pies,...”. Mientras ella hablaba de esta forma, él se sentía tremendamente avergonzado y agachaba la cabeza, sin decir nada en su defensa. Después de un tiempo en la consulta, afirma haber conocido a otra chica que “es completamente diferente a las anteriores”, pero el tiempo revela que el carácter de ella es exactamente el mismo que el de las anteriores. ¿Qué hace que este chico mantenga este tipo de contactos sentimentales? Parece indudable que algo suyo (inconsciente) hay en una elección tan repetitiva.

2.3.3. Principios que gobiernan el funcionamiento psíquico. Freud describe los siguientes:

1º) El “principio del placer”. Indica que se busca el placer al tiempo que se intenta evitar el displacer, algo en lo que ya había reparado el filósofo griego Epicuro. Según este principio se busca la satisfacción inmediata, cosa que no puede ser cuando se quiere, dado que estamos insertos en un medio social que tiene sus reglas. De ahí, que el aparato mental requiera la presencia de un segundo principio.

2º) El “principio de realidad”. Su función consiste en moderar al anterior, de manera que la satisfacción quede aplazada por las condiciones externas; estas pueden ser o no favorables a la descarga placentera.

Madurar implica ingresar en la realidad (social) y, por lo tanto, moderar la impaciencia impuesta por el “principio del placer”, que quedaría sometido a aquella. Con un ejemplo este asunto puede verse mucho mejor:

En cierta ocasión nos invitaron a un grupo de psiquiatras al hotel Alfonso XIII a una conferencia que incluía una cena posterior. Cuando entramos, la mesa estaba llena de apetitosas viandas (salmón, distintos tipos de quesos, anchoas del Cantábrico, etc.). Así las cosas, la conferencia empezó y trataba sobre neurotransmisores y un fármaco nuevo que había salido al mercado. El conferenciante empezó la disertación a las 8,30 y lo que decía ya lo sabíamos, no despertaba un interés general, de manera que las miradas se concentraban en la mesa, en la que se hallaba la comida. La explicación seguía de manera interminable: las 9, las 9,30... y aquello no acababa; evidentemente, lo que queríamos era comer y charlar unos con otros, teniendo en cuenta que hacía algún tiempo que no nos veíamos los que estábamos allí citados (“principio del placer”). No podíamos coger nada de la mesa y estábamos quietos como estatuas esperando que la conferencia terminase (“principio de realidad”, en pugna con el anterior). Las 10 menos cuarto y aquello no finalizaba; por fin, a las 10 menos cinco, el conferenciante dijo que ya había llegado al final y preguntó (ingenuamente por su parte) si había alguna pregunta. Se hizo un silencio que cortaba el aire; no se oyó en la sala ni un solo murmullo. Finalmente, todos empezaron a hablar y a comer porque ya era el momento y estaba permitido hacerlo. Véase que la realidad impone que la satisfacción se demore hasta llegar el momento oportuno.

2.3.4. Concepción estructural del aparato psíquico: perspectiva tópica.

Freud aporta una idea novedosa sobre cómo se organiza el aparato psíquico, que recibe el nombre de “perspectiva tópica”. “Tópica” es una palabra que viene de la voz griega *topos*, que significa “lugar” y de ahí derivan términos como topología, topografía, topoagnosia, etc. Aplicado a la mente supone que esta se halla dividida en distintos “lugares”.

Efectivamente, el punto de vista “tópico” supone la diferenciación dentro del aparato psíquico de cierto número de sistemas, con propiedades y funciones diferentes. La “primera tópica” aparece en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (12), una obra fundamental del Psicoanálisis que fue publicada en el año 1900. La separación de “lugares” dentro del aparato psíquico hace que las representaciones mentales se encuentren en diferentes estados; esto se debe a que las propiedades de cada sistema se muestran en cómo se manejan dichas representaciones. Entendiendo esto, estamos en condiciones (con Freud) de diferenciar tres partes dentro del aparato psíquico:

A) Consciente. Sus contenidos (representacionales) son accesibles en cualquier momento, es decir que tienen el carácter de ser recuperables. Se rige por el “principio de realidad” y sigue las leyes de la lógica que todos conocemos.

B) Preconsciente. Engloba todo aquello que puede hacerse consciente con concentración y esfuerzo. Sus contenidos (representacionales) son

virtualmente recuperables. Al preconsciente van a parar todos esos elementos que no nos hacen falta en la vida diaria (recuerdos, pensamientos, ideas, conocimientos, etc.) y de los que podemos echar mano en cualquier momento.

Un estudiante tiene en su cabeza el material que ha ido aprendiendo durante el tiempo de preparación de una asignatura. Ese contenido es preconsciente y, en el mejor de los casos, puede extraerlo una vez que se encuentra en el examen para poder responder correctamente a las preguntas. Mientras tanto, otras cosas que ha estudiado y no le hacen falta, permanecen preconscientes.

Del mismo modo, tenemos en la cabeza recuerdos que podemos rescatar en cualquier momento, parándonos a pensar un poco o escribiendo un diario. Mientras no los utilicemos siguen siendo preconscientes, de ahí que la función de esta parte del aparato psíquico sea eliminar de la conciencia todo el material sobrante, para que esta quede despejada y podamos mantener la atención dirigida al exterior. Si una persona es incapaz de desalojar su conciencia de contenidos molestos, decimos de ella que está “embotada” (o vulgarmente “empanada”) y la muestra de ello es que, cuando le hablamos, comprobamos con claridad que es incapaz de escuchar (y de responder). Luego, la función del preconsciente es protectora.

No olvidemos que en el preconsciente se hallan también aquellos elementos que pueden ser perturbadores de nuestra relación con la realidad presente. Veamos el siguiente ejemplo:

Una pareja joven parece tener una relación aparentemente apacible, pero existen sospechas de uno hacia el otro que no quieren hacer consciente, evitando así las discusiones que podrían producirse. El, por su parte, cree que cuanto tienen relaciones sexuales ella finge los orgasmos y, a su vez, ella, piensa que él le mira el culo a las chicas que pasan por su lado, cosa que se acentúa cuando pasean por la playa. Para no verlo, al caminar, ella siempre va mirando hacia el suelo para no percatarse de este comportamiento supuestamente perturbador de su pareja.

Entre el preconsciente y la conciencia existe lo que se llama “segunda censura”, que tiene la característica de ser porosa. Se nombra de este modo porque permite el paso de contenidos (representacionales) de un lugar a otro con cierta facilidad. El preconsciente se rige por el “principio de realidad” y sigue las leyes de la lógica, de ahí que consciente-preconsciente formen un conjunto armónico, que va a oponerse al siguiente sistema que estudiamos.

C) Inconsciente. Antes que nada, conviene decir que no se debe utilizar la palabra “subconsciente”, ya que se trata de un término que divulgó el Movimiento Surrealista (14), un grupo de artistas entre los que se contaban los españoles Salvador Dalí o Joan Miró; ambos eran grandes admiradores de la obra freudiana.

En el inconsciente se hallan los contenidos desconocidos y capaces de condicionar el comportamiento. Estos quedaron encerrados por un mecanismo de la “represión” y ya no pueden regresar a la conciencia. Se rige por el “principio del placer” y no sigue las leyes de la lógica. Este fenómeno puede verse con claridad en los sueños y en las fantasías diurnas:

Una chica, de 25 años, ve en un sueño la cara de su actual pareja con toda claridad pero, cuando se pone de perfil, tiene las facciones de su primer novio. Entonces ¿en qué quedamos, es su primer novio o es su pareja actual? Claramente se vulnera el “principio de identidad”: no puede ser dos personas al mismo tiempo.

Otra paciente, de 36 años, ha perdido recientemente a su madre. Una noche tiene un sueño en el que dialoga con ella en un tono distendido y apacible, pero en el sueño sabe perfectamente que está muerta. Luego, se vulnera el “principio de contradicción”, ya que la madre está viva y muerta a la vez.

Un chico de 18 años, ha suspendido recientemente la selectividad siendo su deseo estudiar Medicina, cosa que achaca al año tan malo que ha tenido por culpa del COVID. Aunque sabe que este hecho ha sido para él limitante y forma parte de su realidad presente, se imagina en las clases aprendiendo Anatomía y disfrutando con sus compañeros/as de instituto. Cada noche logra conciliar el sueño gracias a esta fantasía que le resulta calmante, pero llega un momento en que cree que el contenido de la misma es cierto. Véase que se altera el “principio de contradicción”.

Dado que en el inconsciente no impera la lógica, decimos de él que es irracional; eso no implica que no pueda estudiarse y hacer planteamientos sobre el mismo, de hecho es lo que Freud lleva a cabo en toda su obra. Al mismo tiempo, el sistema consciente-preconsciente se encuentra separado del inconsciente por la llamada “primera censura”, que no es porosa (como la segunda), sino que es continua y franquea el paso de un sistema a otro.

Para dar cuenta del poder del inconsciente sobre la persona humana, Freud compara el aparato psíquico con un iceberg, en el que el fragmento más importante se halla hundido bajo el agua. Según esto, el inconsciente representa la mayor parte del aparato psíquico y, en consecuencia, el individuo queda sometido a las fuerzas inconscientes, en tanto que la conciencia (comparada con la parte del iceberg que sobresale) tiene una mínima expresión. Ello implica que, muchas veces, los seres humanos nos encontramos poseídos de las ilusiones que la conciencia produce, ya que creemos ser (casi siempre) conscientes de cuanto hacemos. Durante el tratamiento psicoanalítico caen estas ilusiones.

	Conciencia	Contenidos recuperables
2ª C	PRECONSCIENTE	Virtualmente recuperables
1ª C	INCONSCIENTE	Irrecuperables

2.3.5. La represión. Quizás convendría empezar esclareciendo este término en relación a lo que significa para el vulgo; habitualmente, cuando se habla de una persona “reprimida”, se da a entender que es alguien que “no tiene relaciones sexuales” o que “no se come una rosca”, pero esto no tiene nada que ver con el sentido que Freud otorga al término. Como cabe entender, estas interpretaciones libres han dado lugar a numerosos malentendidos sobre el psicoanálisis (p. ej. críticas mordaces de gente que no se han leído los textos freudianos).

Freud descubre la represión trabajando con aquellas personas de la alta burguesía vienesa que acudían a su consultorio; en concreto se da cuenta que, cuando ciertas representaciones del pasado salen a la luz, conservan la misma viveza que tenían en aquellos momentos en los que se produjeron. Luego, los recuerdos abreaccionados conservaban su intensidad emocional, a pesar del tiempo transcurrido; de ahí que indique que en el inconsciente no existe el tiempo, dado que los recuerdos permanecen imborrables y no se desgastan. En consecuencia, “vivir” una experiencia intensa es lo mismo que “revivirla”.

VIVIR = REVIVIR

La represión consiste en aquel mecanismo que se encarga de mantener alejados ciertos contenidos de la conciencia por resultar dolorosos. El proceso se inicia cuando un hecho provoca displacer (señal de angustia) y, una vez convertido en recuerdo (representación), queda hundido en el inconsciente desde donde no puede retornar a la conciencia de forma espontánea. Aunque la represión provoca en la conciencia un agujero (amnesia) y la persona no recuerda nada del hecho concreto, este no desaparece pues no se ha olvidado. La prueba de ello es que, mediante la terapia psicoanalítica, estos contenidos pueden retornar a la conciencia.

Posteriormente a la represión, y como consecuencia de ella, se produce el fenómeno del “retorno de lo reprimido”, significa que el material reprimido retorna a la conciencia en forma de: producciones oníricas, síntomas, lapsus, actos fallidos, etc. Veamos el “caso de la carta” que puede explicarlo bastante bien:

Se trata de una paciente que padece una parálisis flácida (histérica) del miembro superior derecho y que ha sido estudiada por distintos neurólogos

sin encontrar ningún sustrato orgánico que la justifique. Está casada pero su marido trabaja en Alemania y le envía todos los meses un dinero. Recientemente, se ha enamorado de su abogado y este le ha pedido que se separe del marido ya que “ambos pueden formar una bonita pareja y vivir juntos”. Ella no se atreve a comunicárselo al marido por teléfono “porque me quiere mucho, a pesar de la distancia” y escoge la opción de escribirle una carta, a la antigua usanza. Tan pronto como empieza poniendo la fecha e iniciando el texto con: “querido esposo”, se le resbala la mano con el bolígrafo y el brazo se cae por su peso sin poderlo mover en lo sucesivo. Las sesiones con ella descubren que (inconscientemente) no desea escribir la carta, ya que eso supondría “perder el sobre que todos los meses le manda el marido” y, por otro lado, ella nunca ha trabajado, ni quiere trabajar. El síntoma le impide la separación matrimonial y la independencia económica, deseando realmente ser una “mantenida”, como ella misma reconoce (“retorno de lo reprimido”). Encima, al encontrarse enferma, tiene a dos hombres a su servicio para acompañarla al médico. Como cabe entender, la paciente no conocía (en realidad, no quería conocer) la existencia de estos aspectos reprimidos.

La labor del psicoanalista consiste en ayudar al paciente a tomar conciencia de los contenidos reprimidos; en palabras de Freud, de lo que se trata es de “transformar en consciente lo inconsciente”. Se supone que, cuando el sujeto tiene en su poder este conocimiento mejoran sus síntomas, como le ocurrió a esta paciente.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Pavlov IP. Los reflejos condicionados aplicados a la Psicopatología y Psiquiatría. Buenos Aires: Peña Lillo, 1964.
2. Watson JB. El conductismo. Buenos Aires: Paidós, 1961.
3. Thorndike EL. Human learning. New York: Century, 1931.
4. Skinner BF. Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella, 1970.
5. Ortega Monasterio L. Lecciones de Psicología Médica. Barcelona: PPU, 1993.
6. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
7. Tolman E. Una nueva fórmula para el conductismo. Ediciones del Lunar, 2008.
8. Seligman MEP. Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte. Madrid: Debate, 1977.
9. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1978.
10. Alonso Fernández F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual (vol. 1). Madrid: Paz-Montalvo, 1979.
11. Freud S, Breuer J. Estudios sobre histeria. En: Obras Completas (vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
12. Freud S. La interpretación de los sueños. En: Obras Completas (vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
13. Ortega Monasterio L. Lecciones de Psicología Médica. Barcelona: PPU, 1993.
14. García Arroyo JM. Surrealismo y psiquiatría. Un estudio sobre la locura. Editorial Académica Española, 2012.

Capítulo 3º. El modelo biopsicosocial en Medicina.

3.1. Contestación al modelo biomédico (MBM).

El modelo biomédico, desarrollado en occidente desde la Ilustración, es aquel que entiende la enfermedad como un producto meramente biológico. Aunque no se le pueden negar los logros que ha conseguido a lo largo del tiempo, se muestra insuficiente a la hora de entender el proceso de enfermar, algo que ya fue advertido por el gran internista germano Ludwig Krehl, fundador de la escuela médica de Heidelberg. Esto se debe a dos poderosas razones:

a) la visión dualista (cartesiana) que posee, en la que separa el cuerpo como “maquinaria” de la biografía del paciente y

b) la correspondiente ceguera que provoca ante la realidad clínica, al no atender la parte psico-social del enfermo. Ello supone la desaparición de parcelas importantes de este último que necesariamente deberían aparecer en la práctica diaria del médico.

Ciertos hechos clínicos de plena actualidad y que pasamos a detallar, han hecho que el MBM sea inoperante ya que no pueden trabajarse a partir del mismo:

1º) La presencia de situaciones en las que los factores psicosociales son inevitables o predominantes:

-Las enfermedades crónicas, que han aumentado en los últimos lustros tras el control que se ha producido con las agudas (generalmente de carácter infeccioso). Mientras en estas últimas el contacto con el paciente es fugaz, en las crónicas tiene cierto carácter de permanencia.

-La necesidad de los enfermos de someterse a maniobras molestas y/o dolorosas (endoscopias, cateterismos, biopsias, cirugía, etc.) y que necesitan una ayuda psicológica.

2º) Las paradojas relacionadas con los síntomas:

-La aparición de enfermos funcionales, que representan nada menos que el 40-50 % de los que consultan a Atención Primaria (1-3),

-La presencia de trastornos en los que existen lesiones orgánicas evidentes sin una causa demostrable. Aquí habría que hablar de pacientes psicosomáticos.

-La existencia de síntomas una vez curada la enfermedad. El sujeto obtiene ciertos “beneficios” de distinta envergadura con la permanencia de la sintomatología (baja laboral, evitar un juicio, conseguir la nacionalidad española, etc.).

-La tendencia a la repetición de situaciones traumáticas. Son personas que siempre sufren los mismos accidentes (p. ej. laborales).

3º) Las paradojas respecto a los tratamientos:

-Las altas tasas de incumplimiento de las prescripciones médicas (30-70 %),

-El efecto placebo, debido a sustancias que no tienen propiedades farmacológicas, pero que sí producen un efecto terapéutico.

-Los retrasos a la hora de consultar que, incluso, pueden conducir a situaciones que ya no tienen solución.

4º) La falta de explicaciones sobre:

-El significado que el paciente da a sus síntomas; conocer la sintomatología no implica saber cómo los experimenta (negación, rechazo, exaltación para dar pena, piensa que son productos de un “mal de ojo”, etc.)

-La aceptación del “rol de enfermo”. Cualquier enfermedad conlleva aparejado adoptar el papel de enfermo como paso previo para buscar la asistencia oportuna; obviamente, no todos los pacientes lo realizan de la misma manera.

-La aparición de conductas saludables. Implica saber por qué unos individuos adoptan un estilo de vida saludable y otros no, por más que se les insista en su conveniencia.

Estos problemas clínicos, algunos difíciles de resolver, han generado un alarmante incremento del uso de las medicinas alternativas, en busca de una relación terapéutica más cercana. Detrás de muchas de estas actitudes hallamos la exclusión del sujeto y ocuparse tan solo de los procesos físicos, no pudiendo explicar cómo los factores psicosociales se constituyen en agentes productores de patologías y tampoco el hecho singular de que el éxito de un tratamiento biológico depender de ciertas variables psicológicas y de la calidad de la relación médico-paciente. De ahí que, al médico le toque enfrentarse a situaciones comprometidas, que requieren conocimientos psicológicos y sociales profundos.

Aunque el MBM sea un esquema científico fundamentado no puede ser eterno, como sucede con cualquier paradigma científico, siendo posible someterlo a revisión ante la necesidad de integrar lo psicosocial con lo biológico.

3.2. Aparición del modelo biopsicosocial (BPS).

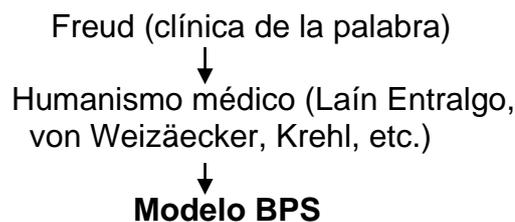
Se trata de un nuevo paradigma dentro de la ciencia médica que sin negar los avances de la corriente biomédica, considera la interdependencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el mantenimiento y pérdida de la

salud y en la evolución de la enfermedad. En consecuencia, adoptar este nuevo paradigma implica que, tener en cuenta las condiciones físico-químicas en la patología, son la condición necesaria para entenderla, pero no suficiente; hace falta algo más.

Al mismo tiempo, los factores psicológicos son determinantes de la sensación estable de bienestar físico y psíquico y del desarrollo de numerosas enfermedades; incluso, se contempla la posibilidad de que el propio individuo (consciente o inconscientemente) se provoque la enfermedad. Toda esta nueva empresa se constituye en lo que Victor von Weizäecker (4) llamó “introducción del sujeto en Medicina”. Con estos planteamientos rompedores el enfermo adquiere un rostro que antes no tenía.

La aparición de tales directrices ha sido posible gracias al talento de Freud que transformó la “clínica de la mirada”, predominante en su época, en la “clínica de la palabra”. La primera de ellas implica la observación atenta del paciente en busca de signos visibles que mostraran un carácter de evidencia (p. ej. lesiones en la piel, abultamientos, caída del párpado, inmovilidad de la lengua, zonas de alopecia, etc.), mientras que la segunda considera el relato del paciente (recordemos la “asociación libre”). Lo que hizo Freud fue rehabilitar la palabra como instrumento diagnóstico y terapéutico; ahora, por primera vez, el paciente tiene una historia que contar. Esta modificación supuso, además, la inclusión de la biografía del paciente en el terreno de la Medicina, algo que antes no se tenía en cuenta.

Se trata de planteamientos que fueron heredados por el llamado “humanismo médico”, sustento del modelo BPS. Con ello, la enfermedad ya no se queda en mera naturaleza, sino que se encuentra condicionada por la actividad psíquica e interpersonal.



3.3. Antecedentes del modelo BPS.

El modelo biopsicosocial consiste en una nueva manera de abordar los problemas clínicos cuyo programa es presentado ante la comunidad científica por George Engel, un psiquiatra americano afincado en la Universidad de Rochester. Desde mediados de los años 50, este afamado clínico critica el enfoque reduccionista del MBM y, en 1977, publica un artículo explicativo del modelo y sus aplicaciones. Representa una contestación a la medicina altamente tecnificada,

que tuvo buena acogida entre los sectores deseosos de incorporar la empatía a la práctica médica (6).

El modelo BPS se sostiene en dos corrientes de pensamiento:

A) La Teoría General de Sistemas (TGS), enunciada por un biólogo y filósofo austriaco llamado Ludwig von Bertalanffy (6). Plantea la existencia de distintos niveles de organización, cada uno apoyado en el anterior, con sus correspondientes sistemas:

Nivel	Sistema
Social	Comunidad
Psicológico	Sujeto
Biológico	Organismo

Cada uno de estos sistemas se sostiene en el anterior y cuenta con su propia autorregulación. Además, permite desarrollar un discurso científico diferencial, pues cuando se habla del “organismo” se emplean palabras y conceptos diferentes por completo de cuando la referencia es el “sujeto” (p. ej. si la referencia es el primero de ellos, los términos a usar son: hormonas, receptores, neurotransmisores, fibras y centros nerviosos, etc. Pero si mi discurso tiene que ver con el “sujeto” hablo de: mecanismos de defensa, angustia, culpa, negación, yo, recuerdos, etc.).

Un error frecuente en los estudiantes de Medicina es confundir el “sujeto” con el “cerebro” y no tienen nada que ver. Obviamente, este último es el soporte del primero, ya que nadie ha visto un “sujeto” suelto dando vueltas por ahí, pero eso no los hace equivalentes. El “sujeto” tiene una doble sustentación: 1ª) por un lado, el cerebro que hace el mismo papel que el hardware en el ordenador y, por otro, 2ª) la biografía, es decir, la historia personal que cada uno tiene y que produce ciertas representaciones mentales que son particulares de cada uno; esta última puede hacerse equivalente al programa del ordenador (software). Mientras el cerebro es parecido en todos los seres humanos, tiene las mismas estructuras (tálamo, hipotálamo, cápsula interna, etc.), existen representaciones que son más o menos compartidas (p. ej. el horario de clase, la fecha del examen), pero la mayoría de ellas son particulares de cada uno de nosotros. Para interactuar con otro sujeto no tengo que conocer su cerebro, pero sí su programa mental (al menos parte de él), lo mismo que para enviar un mensaje a través del correo electrónico no tengo que saber cuáles son las piezas que forman parte de mi ordenador.

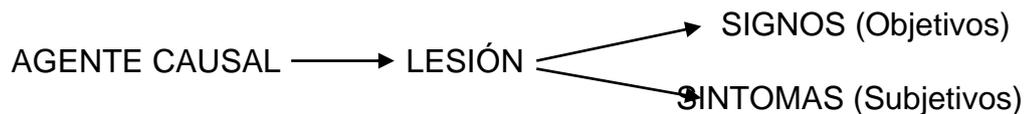
La aparición de la TGS provoca un giro copernicano en la concepción de la causalidad. Antiguamente, esta se concebía de modo “lineal”, ya que la causa

provocaba inexorablemente el efecto y era la utilizada por el MBM. Con la TGS la causalidad es “circular”, entendiéndola como múltiples variables que se influyen mutuamente para provocar el efecto; es la adoptada por el modelo BPS.

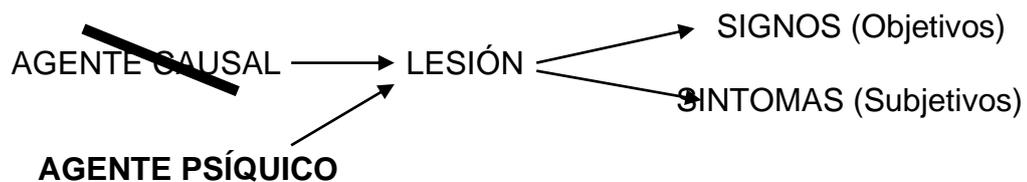
Causalidad **lineal** —————> **MODELO BIOMÉDICO**
(causa → efecto)

Causalidad **circular** —————> **MODELO BIOPSIICOSOCIAL**
(Múltiples variables)

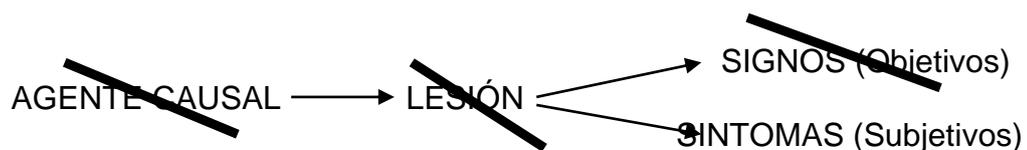
Hay que fijarse bien en el cambio que ha producido esta forma de entender la causalidad. En el MBM un agente causal (p. ej. el bacilo de Koch) llegaba a provocar una lesión (p. ej. nódulos pulmonares) y esta daba lugar a la aparición de signos, de carácter objetivo (p. ej. ciertas manifestaciones ostensibles en las placas de tórax) y síntomas, de carácter subjetivo (p. ej. fiebre, tos, expectoración, astenia, etc.), que el médico tenía que registrar en la historia clínica. Pero, en realidad son pocas las enfermedades que pueden explicarse por el binomio “germen-enfermedad” y, por si fuera poco, esta forma de entender las cosas, no sirve para muchas alteraciones que aparecen en las consultas.



La nueva concepción de la causalidad permite entender la complejidad humana, posibilitando la intelección de otras patologías que no siguen aquel esquema tan simple; esta es la posibilidad de que aparezcan manifestaciones físicas como consecuencia de la acción de ciertos factores psicológicos (modelo psicósomático). Entonces, el esquema anterior se modifica sustancialmente.



Yendo un poco más allá, incluso es posible atender casos en los que se muestran síntomas subjetivos, pero no se registra un agente causal, ni tampoco existen lesiones demostrables, ni signos objetivos (modelo funcional).



Así pues, el modelo BPS integra jerárquicamente los factores biológicos, psicológicos y sociales en una unidad, determinando el funcionamiento global del

paciente. Engel lo aplica exitosamente a su paciente Mónica, una niña con atresia esofágica.

B) Las aportaciones de Michael Balint. Se trata de un reconocido psicoanalista británico que realizó numerosas contribuciones a la formación de los médicos. En 1957 publica un libro titulado *El médico, el paciente y la enfermedad* (7), donde enfatiza el contenido emocional de la relación médico-enfermo y fomenta la escucha atenta y el entendimiento del paciente.

Lleva a cabo, con gran éxito, los llamados “grupos Balint” consistentes en hacer reuniones de médicos en las que estos profesionales reflexionan sobre la experiencia propia en su labor diaria, para poder realizar un abordaje más completo del enfermo. No se trata de psicoterapia, luego no tienen que contar en el grupo sus experiencias íntimas o profundizar en los conflictos personales (no hay que llorar, ni lamentarse, ni escenificar nada), tan solo ver cómo le afecta a cada uno la práctica diaria con sus enfermos y qué aspectos propios se ponen en juego en un trabajo que, a veces, puede ser complicado.

Dichas actuaciones, aunque puedan parecer simples a primera vista, tienen una serie de ventajas dignas de reseñar:

1ª) Previenen el *burnout* del médico (“quemarse” en el trabajo), algo peligroso porque este puede manifestar síntomas (ansiedad, insomnio, decaimiento, anorexia,...) y, lo que es peor, consumir alcohol o utilizar psicofármacos, opiáceos, etc. El médico tiene un talonario de recetas con el que puede obtener cualquier tipo de sustancia, algo que lo hace equivalente al policía que tiene una pistola en su casa.

2ª) Se consigue que la relación médico-enfermo tenga más calidad y, si el contacto con el paciente es bueno, influye más en él que el propio fármaco. Dice Balint: “el medicamento más utilizado en la consulta es el propio médico”.

Finalmente, puede lograrse que el médico sea más autoconsciente de la relación terapéutica (mayor capacidad de *insight*) y que desarrolle una curiosidad empática hacia su paciente, reduciendo los sesgos de las observaciones.

3.4. Consecuencias del MBPS.

3.4.1. Asistenciales. Con este nuevo modelo el enfermo pasa de ser un mero “objeto” a un “sujeto” en el acto médico, lo que implica severos cambios asistenciales que pueden agruparse de la siguiente forma:

a) Se obtiene un conocimiento integral del paciente y de su entorno. Llevado a la práctica se constituye el equipo terapéutico multidisciplinar, cuyos miembros trabajan en condiciones de igualdad y entre ellos se cuentan: enfermeros/as, auxiliares, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, etc.). Todos

trabajan en el mismo nivel, sin que ninguno esté por encima de los demás; en consecuencia, el médico no es el “jefe” del equipo.

b) Se apuesta por dar la palabra al paciente en el proceso asistencial y con ello los síntomas pueden reinterpretarse y se legitima cualquier motivo de consulta, aunque parezca un “tontería” (p. ej. molestias físicas sin una base orgánica, solicitud de tratamiento sin un fundamento aparente).

c) Se empieza a valorar la red de apoyo del paciente (con quién convive, qué idea se han formado de la enfermedad sus familiares, qué amigos tiene, quién lo acompaña en las visitas médicas, etc.).

d) La relación terapéutica toma un papel central en todo el proceso asistencial, de manera que este último tiene que adaptarse a los requerimientos personales y culturales de quién consulta.

e) No existen los “casos cerrados”, dado que cada paciente es una realidad que no es estática sino que se encuentra en evolución.

f) Se estudian los incumplimientos inexplicables o los comportamientos de retardo a la hora de consultar.

3.4.2. Clínicas: el enfermo problema. A partir de las críticas al MBM y de las correspondientes propuestas, se ha producido una ampliación del espectro clínico, de tal manera que contamos con diferentes posibilidades que se organizan sobre las diferencias existentes entre “estar enfermo” (aspecto biológico) y “sentirse enfermo” (aspecto psicosocial):

Enfermedad	Sentirse enfermo	RESULTADO
V	V	Enfermo
V	F	Negación de la enfermedad
F	V	Enfermo problema
F	F	Sano

En el “enfermo problema” (caso nº 3) los síntomas y signos no concuerdan, mientras que en el enfermo médico sí. Por consiguiente, un “enfermo problema” es aquel que sufre una dramática sintomatología, pero no se descubren signos clínicos que la identifiquen o estos son insignificantes. Balint (7) llama al enfermo problema: “paciente de expediente gordo” dado que su historial clínico es interminable, al contener una gran cantidad de pruebas, analíticas, consultas, intervenciones, etc. Debido al elevado número de consultas que solicitan, los americanos hablan de ellos como *doctor shopping*.

Estos individuos molestan al médico sobremanera porque se salen de las cuadrículas diagnósticas, llegando a tener con ellos tres posibles respuestas:

1ª) Negarse a considerarlos (se les dice: “usted no tienen nada”). Balint lo llamaba “colusión de silencio” debido a que los sujetos así tratados, salen de la consulta médica completamente insatisfechos y sin decir ni una sola palabra.

2ª) Responder mediante una tentativa de explicaciones fisiopatológicas para conferirle autenticidad médica. En el pasado se han empleado nombres como: “astenia neurocirculatoria”, “disonía neurovegetativa”, “depresiones vegetativas”, etc. Ninguno de ellos suponía una entidad nosológica de peso y, como consecuencia, se han descartado de la lista de diagnósticos.

3ª) Preguntarle a qué necesidad o malestar interno responde esta expresión reiterativa del trastorno. De las tres esta última es la más acertada.

3.5. Explicación del enfermo problema.

Para entender lo que le sucede al “enfermo problema”, vamos a atender a dos mecanismos que hay que diferenciar muy bien:

a) La somatización. Consiste en cómo las emociones, a través del sistema nervioso vegetativo (SNV), alcanzan el plano visceral y dan lugar a la presentación de síntomas. En estos casos hay que valorar la presencia de situaciones adversas para el paciente (acumulo de ellas o son de gran intensidad), pero también hay que considerar la incapacidad para elaborar psíquicamente las emociones (volveremos sobre este último asunto).

La cadena es como sigue:

Situaciones adversas → Emociones → SNV → Plano visceral → **Síntomas**
↓
Imposibilidad de elaboración psíquica

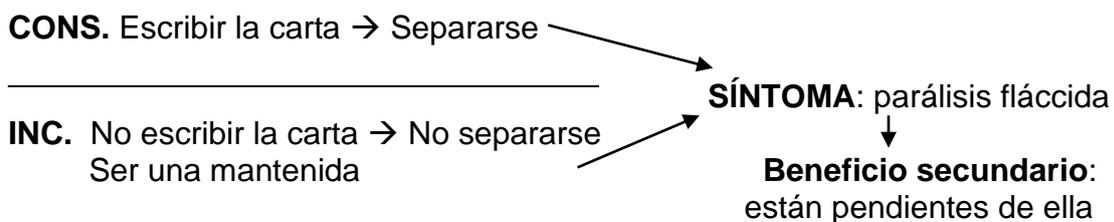
Una alumna me comenta que en los exámenes se pone muy nerviosa y que tiene que ir urgentemente al cuarto de baño a defecar. Pide que no se desconfíe de ella, porque no va a copiar o buscar apuntes, ni siquiera se lleva el móvil al cuarto de baño. Durante la prueba se ve como se le cambia la cara, manifestando una gran tensión, momento que aprovecha para salir disparada en dirección al cuarto de baño. Al momento vuelve al aula con una expresión de tranquilidad en el rostro y continúa realizando el examen. Esto ocurre al menos tres veces durante el mismo. Antes comentó que padecía un colon irritable y cualquier situación difícil para ella, le produce fuertes retortijones y la necesidad de evacuar. Véase como las tensiones emocionales pasan al intestino grueso provocando los fenómenos precitados.

b) La conversión. Fue descrita por Freud y consiste en la presencia de un conflicto psíquico que se expresa en el cuerpo, particularmente a través del plano sensorial y/o muscular. Es el mecanismo que está en la base de los fenómenos histéricos, ya comentados en el capítulo anterior, y que quedó reflejado con toda su expresividad en el caso de la “mujer de la carta”; véase que en él intervienen dos mecanismos básicos: la “represión” (el conflicto es inconsciente) y luego, la “conversión” (la sintomatología se muestra en el plano muscular: parálisis). El caso viene muy bien para distinguir el material reprimido y la conversión:

A nivel consciente la paciente sabe que quiere escribir la carta y separarse, dado que “se ha enfriado su relación matrimonial”; de realizarse satisfactoriamente esta opción viviría con su amante. Pero, inconscientemente, no quiere escribir la carta, dado que no desea separarse. Separarse para ella significa perder el dinero que tiene todos los meses y ella quiere ser una “mantenida”. Aquí pueden establecerse los siguientes elementos: a) el conflicto: separarse/no separarse que se pone de manifiesto en escribir/no escribir la carta. b) material reprimido: ser una “mantenida” y, por lo tanto, no trabajar, c) la conversión: el material reprimido sigue el camino de la parálisis (síntoma), que le impide escribir la carta.

Se cumple lo que dice Freud: que el síntoma (el resultado de la conversión) es un intento de solución del conflicto, constituyéndose como una “formación de compromiso” entre dos instancias que actúan como dos fuerzas antagónicas. Para complicar el esquema, el síntoma provoca un “beneficio secundario” (el “primario” es el intento de resolver el conflicto), que consiste en tener ahora a dos hombres a su servicio, ya que ambos (marido y amante) se desviven por acompañarla al médico. Excuso decir que, tanto la paciente como ellos, creen firmemente en la materialidad del síntoma, es decir, que está provocado por una lesión nerviosa.

Una última idea: un conflicto se convierte en irresoluble porque una parte del mismo se encuentra inconsciente y, solo puede resolverse, si la paciente logra conocer dicho contenido (desconocido para ella).



Es importante saber que el síntoma conversivo tiene un valor simbólico y, por lo tanto, es interpretable; en el caso expuesto la parálisis se interpreta como

“no quiere escribir la carta”. Sin embargo, la somatización no tiene interpretación alguna porque no tiene valor simbólico, simplemente se trata de la activación del SNV y el correspondiente efecto (visceral). El caso de la chica con colon irritable, resultaría inaceptable la siguiente interpretación: “se caga de miedo ante los exámenes”; en consecuencia, su tratamiento tendría otro camino distinto al de la “paciente de la carta”.

Esto hace que, en los pacientes conversivos puedan obtenerse múltiples significados que se pondrán en juego a lo largo de su tratamiento psicoterapéutico (p. ej. no quiere escribir la carta, desea ser una mantenida, no quiere separarse, le gusta que estén pendientes de ella, no quiere trabajar, necesita que le den cariño, puede llegar a sentirse muy sola, etc.).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Bayés R. Psicología y medicina. Barcelona: Fontanella, 1979.
2. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1988.
3. Rodríguez Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis, 2001.
4. Von Weizsäcker V. Escritos de antropología médica. Buenos Aires: Zorzal, 2009.
5. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine. Science 1977: 196: 129-136.
6. Bertalanffi LV. Teoría general de sistemas. Madrid: Lipal, 1980.
7. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.