

ALGUNAS APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS A LA CONCEPCIÓN TEÓRICA Y A LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Neri Daurella

Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona

Since classical Greek times, there have been two paradigms of illness and two conceptions of doctor's function: one of them, an uncausal, linear and biologist one, and the other one, a more complex one, having in mind individual's harmony and homeostasis. Psychoanalysis follows the second way of thinking, and brings different theoretic explanations about illness and therapeutic function. The author summarizes the findings of the psychoanalytic psychosomatic schools (above all, those of Chicago and Paris) and those of Michael Balint, and his method of groups that can be helpful for doctors that have not received enough training on psychosocial aspects in their faculties of Medicine

Key words: Biologist paradigm, psychosomatic paradigm, alexithymia, basic fault, apostolic function, Balint group

Dos paradigmas del enfermar

Desde el principio de la historia de la medicina, encontramos dos corrientes en lo que se refiere a la concepción de la enfermedad y de la práctica médica: la de Galeno y la escuela de Cnida, y la de Hipócrates y la escuela de Cos.

Según la concepción de Galeno, la enfermedad es el resultado de una lesión anatomoclínica; puede encontrarse una etiología específica para cada enfermedad; se busca un agente patógeno único; y se considera que el objetivo de la medicina es localizar la lesión causada por este agente patógeno y, a ser posible, extirparla.

Hipócrates aporta una visión más amplia: para él la enfermedad es la reacción global del individuo a una perturbación de su equilibrio u homeostasis (interna y externa). En esta reacción están implicados cuerpo y espíritu: tiene en cuenta el temperamento del enfermo y su historial, para intentar comprenderlo en su totalidad. El objetivo de la medicina es tratar de restablecer la armonía perdida por el hombre con su medio y consigo mismo. Es decir, nos encontramos con una visión

sinéctica y dinámica de los procesos de enfermedad y recuperación de la salud, equiparada ésta a equilibrio.

El paradigma biólogo

El pensamiento anatomoclínico, que en su día representara Galeno, se impuso ampliamente a partir del siglo XIX, con el desarrollo de la medicina moderna y los descubrimientos en el campo de las enfermedades infecciosas, que hasta entonces eran la principal causa de mortalidad. La investigación desde el modelo microbiano de la enfermedad y los progresos en inmunología, patología y técnicas quirúrgicas tuvieron consecuencias además en una serie de mejoras en la salud pública: se implantaron las vacunas, se detectaron las aguas contaminadas, se cuidó la asepsia quirúrgica, se generalizó la preocupación por la dietética... y disminuyó la mortalidad precoz de una manera espectacular. Todo ello redundó, lógicamente, en el prestigio del paradigma biólogo, y la enfermedad infecciosa de Pasteur se convirtió en el modelo básico del enfermar.

Según este modelo, la enfermedad es debida a la actuación de un agente físico y externo sobre un organismo físico, que provoca una serie de trastornos o síntomas. Se entiende la enfermedad como el proceso de reacción del organismo en contacto con un agente infeccioso. Nos encontramos ante un modelo que podríamos calificar de unicausal, lineal y específico.

Es un modelo unicausal porque pretende encontrar una causa viva (ya sea un parásito o un virus) y/o específica (también puede tratarse de un traumatismo físico) para cada enfermedad.

Es un modelo lineal, porque la agresión del agente patógeno viene siempre del exterior, y el organismo moviliza sus defensas contra la agresión externa.

Y es un modelo específico en la medida en que supone que cada agente infeccioso produce una reacción caracterizada por la creación de anticuerpos específicos. La gravedad y la infecciosidad de cada enfermedad son caracteres estables; que uno se contagie o no depende de la relación más o menos intensa que haya tenido con el agente patógeno.

La teoría de la enfermedad subyacente a este modelo podría sintetizarse así: el individuo (salvo en el caso de anomalías genéticas) es un ser esencialmente sano, que en un momento dado es atacado por un agente externo y ha de movilizar las defensas de su cuerpo. La enfermedad es el resultado de la interacción entre los daños producidos por el agente exterior y las defensas movilizadas por el organismo.

La fuente psicológica de esta teoría es la creencia de que somos esencialmente sanos y de que todo lo malo ha de venir de fuera. Esta creencia no es exclusiva de la medicina científica decimonónica, porque muchas técnicas no precisamente científicas, por ejemplo, los rituales mágicos, los exorcismos, las purgas y las sangrías, se basaban en ella. Incluso en la actualidad, gran cantidad de intervenciones quirúrgicas innecesarias responden a la misma creencia.

Insuficiencias del paradigma biólogo

La generalización de un modelo exitoso para controlar la gran mortalidad por enfermedades infecciosas facilitó una visión deformada y parcial de la enfermedad: la persona como un todo fue sustituida por su cuerpo y su fisiología, y ya sólo contaba el ambiente físico, no la historia personal ni el entorno social. Sin embargo, gracias precisamente a los progresos científicos y técnicos en el campo de la medicina, que permitieron afrontar con mucha eficacia los episodios agudos de enfermedades infecciosas y los accidentes que requerían un abordaje tecnológico sofisticado, aumentó la longevidad de la población y cambiaron las principales causas de mortalidad. Las enfermedades infecciosas han dejado de ser la espada de Damocles más temida (me refiero a nuestro entorno, al mundo occidental), y las principales causas de muerte actualmente (salvo las relacionadas con accidentes laborales o de circulación) tienen que ver con la patología de larga duración y no transmisible por contagio: cardíaca, cerebrovascular y cancerosa.

La aplicación del método epidemiológico a la enfermedad no transmisible ha puesto de relieve la debilidad teórica y real de la cadena unicausal del proceso de enfermar: se ha descubierto la asociación de la enfermedad con factores inespecíficos como elementos del ambiente, hábitos individuales (alimentación, ejercicio, tóxicos), estilos de vida y variables psicosociales en general. El grueso de la demanda de asistencia médica en la actualidad lo constituyen los enfermos crónicos, los que presentan episodios agudos recurrentes y el amplio campo de los psicósomáticos. Y, no obstante, la formación de los médicos y la estructura de los servicios sanitarios, por mucho que de boquilla se reivindicque el modelo bio-psico-social, continúan orientadas prioritariamente a la resolución de episodios agudos y aislados.

Por su parte, los enfermos manifiestan una gran ambivalencia. El progreso científico-técnico de la medicina les atrae y les da miedo. Exigen que les investiguen el cuerpo a fondo, pero están asustados. Desvalorizan a su médico de cabecera, buscando opiniones más autorizadas, exploraciones más objetivas, pero vuelven al primero quejándose de la parcialización y la deshumanización que encuentran en las grandes instituciones hospitalarias donde trabajan los especialistas supertécnicos.

El médico ha ganado prestigio gracias a los “milagros” de la ciencia, pero su imagen ya no es única, se ha desdoblado: existe una imagen de médico sabio, investigador, especialista, y otra del que antes se llamaba médico de cabecera y que ahora se llama médico de familia. La primera es la imagen de un padre autoritario, penetrante y audaz, que se permite la transgresión de muchos límites en sus exploraciones y provoca al mismo tiempo admiración y temor. La segunda es una imagen maternal, la de una persona en la que uno busca poder apoyarse, que tolere ser abandonada momentáneamente para consultar a otras más competentes, y que esté siempre disponible para ayudarlo a comprender lo que le está pasando y enseñarle a cuidarse. ¿Cómo va a responder el médico a toda esta gama de demandas con una formación meramente biólogo?

La primera contestación psicosomática, desde el psicoanálisis: la escuela de Chicago

La teoría psicoanalítica supone un giro revolucionario respecto a la concepción de la enfermedad implícita en el pensamiento anatomoclínico. Freud no niega el valor del progreso científico-técnico en medicina (no olvidemos que pasó seis años de su vida dedicado al estudio de la histología del sistema nervioso), ni pretende huir de este progreso mediante procedimientos mágicos o esotéricos, sino que intenta dar un sentido a lo que se presenta como orgánico y superar la disociación mente-cuerpo en que se basaba la teoría anterior. El método psicoanalítico amplía el campo de observación del médico y saca a la luz enormes parcelas de una realidad hasta entonces sólo atisbada: la del inconsciente.

De todas maneras, la aplicación de la teoría psicoanalítica al campo de la medicina no será obra de Freud, que se interesó más por las neurosis que por las enfermedades orgánicas propiamente dichas, sino de una serie de psicoanalistas (iniciada por Ferenczi y Groddeck a partir de 1915-20) que empezaron a interesarse por la influencia del comportamiento y de la vida pulsional sobre la organicidad.

Como consecuencia de este movimiento de aproximación entre psicoanálisis y medicina nacerá la llamada “medicina psicosomática” en los años 40, con la emigración de psicoanalistas europeos a Estados Unidos como consecuencia de la 2ª guerra mundial.

En sus inicios, el pensamiento psicosomático se convierte en la otra cara de la moneda del pensamiento biologista: pareciendo dar un giro copernicano, en realidad sigue anclado en la visión dualista que piensa en términos de psique o soma, mente o cuerpo, espíritu o materia... Sigue siendo un modelo unicausal y lineal, aunque ahora la causa no es un agente físico externo sino un factor de personalidad específico para cada enfermedad. La enfermedad es una somatización debida a un tipo de personalidad determinado, que imposibilita la simbolización. Y se elabora una nosología de las enfermedades psicosomáticas comparable a la nosología tradicional de las enfermedades orgánicas.

Pongamos dos ejemplos de este tipo de enfoque: los de Adler y Dunbar.

Para Adler, los síntomas son resultado del fallo de un *locus minoris resistentiae* ante una sobrecarga psíquica. El individuo tiene en su organismo un punto débil, un órgano más vulnerable, determinado constitucionalmente, a través del cual expresa más fácilmente sus emociones. Pero su hipótesis no se demuestra convincente, ya que no siempre un individuo somatiza mediante el mismo aparato o sistema de órganos.

Dunbar elabora la “teoría de la especificidad de la personalidad”, según la cual hay perfiles de personalidad que se correlacionan con trastornos psicosomáticos concretos: el ulceroso, el asmático, el coronario o anginoso, etc. Mediante cuestionarios y tests proyectivos llega a elaborar perfiles de personalidad como, por ejemplo, el del enfermo coronario (ambicioso, autodisciplinado, que apuesta por el

futuro y aplaza la satisfacción de sus necesidades momentáneas en función de la meta apuntada...). Tras estar muy en boga en los años 40, esta teoría fue descartada desde el campo del psicoanálisis, para ser asumida más tarde desde el campo de la medicina conductual (por ejemplo, en los estudios sobre el patrón A de conducta y su relación con la enfermedad coronaria). Los psicoanalistas cuestionaron el poder explicativo de esta teoría al observar cómo individuos con el mismo perfil de personalidad pueden padecer trastornos psicósomáticos distintos, y un mismo padecimiento puede corresponder a estructuras de personalidad opuestas. Actualmente desde el psicoanálisis se considera que Dunbar se limitaba a hacer una descripción fenomenológica de ciertas personalidades y a correlacionarlas estadísticamente con ciertas enfermedades.

El representante más destacado de la psicósomática psicoanalítica de los años 40 y 50 es F. Alexander, psicoanalista húngaro emigrado a Estados Unidos, que funda en Chicago la revista *Psychosomatic Medicine* en 1939. A lo largo de su obra vemos cómo oscila entre su “teoría de la especificidad de los conflictos” y una visión menos lineal y más compleja. Empieza buscando correlaciones entre las respuestas vegetativas de los enfermos y ciertas constelaciones emocionales, por lo común inconscientes, que pueden estar presentes en diferentes tipos de personalidad, y que pueden aparecer y desaparecer durante la vida de la misma persona. Así busca cuál es el conflicto emocional básico en cada enfermedad: por ejemplo, la agresión reprimida en los casos de hipertensión arterial, o la necesidad de dependencia reprimida en los casos de úlcera de estómago. Pero, más tarde ya no busca tanto hacer un cuadro nosológico de enfermedades psicósomáticas, sino que afirma que toda enfermedad tiene un aspecto psicósomático y habla del principio de la causalidad múltiple.

Lo más interesante de Alexander es cuando deja de lado su teoría específica y da una explicación dinámica de los trastornos, en la que tiene en cuenta factores predisponentes (genéticos y experienciales) y factores desencadenantes también de diferente orden. Así se aleja definitivamente de la concepción psicósomática dualista y se aproxima a una visión más integral de la salud y la enfermedad. Considera que para comprender la etiología de un trastorno hay que tener en cuenta los siguientes factores:

1. La constitución hereditaria
2. Las lesiones neonatales
3. Las enfermedades orgánicas infantiles que aumentan la vulnerabilidad de algunos órganos
4. La naturaleza de los cuidados infantiles (crianza, destete, entrenamiento en el control de esfínteres, hábitos de sueño...)
5. Los traumatismos físicos accidentales en la infancia
6. Los traumatismos psíquicos en la infancia
7. El clima emocional de la familia y los rasgos de personalidad de padres y

hermanos

8. Las lesiones físicas posteriores
9. Las experiencias emocionales posteriores en las relaciones significativas, personales y laborales.

Aquí introduce un abordaje multidisciplinar de la enfermedad, en el que la aportación del psicoanálisis se centra en el estudio de los factores 4, 6, 7 y 9.

La inespecificidad de la psicósomática: la escuela de París

Ya hemos visto cómo los primeros psicoanalistas que se ocuparon de la psicósomática cayeron también en el modelo unicausal y lineal, y llegaron a hacer inventarios de enfermedades psicósomáticas correlacionadas con tipos de personalidad o de conflicto específicos. Hasta que en 1960, en el 1º Congreso de Medicina Psicósomática, se llegó a la conclusión de que no hay enfermedades psicósomáticas, sino que todo enfermo es psicósomático, o somatopsíquico, dependiendo de si en el inicio del trastorno han tenido más peso un tipo u otro de factores.

Para llegar a esta conclusión tuvo mucho peso la aportación del psicoanalista francés Pierre Marty y la escuela psicósomática de París (a la que pertenecían también Michel de M'Uzan, Christian David y Michel Fain), aportación que se consolidó cuando en 1978 recibieron la autorización del Ministerio de Sanidad francés para abrir el *Institut de Psychosomatique* (IPSO), que hoy en día recibe el nombre de "Hospital Pierre Marty". Se trata de un centro de formación, investigación y tratamiento al que llegan pacientes derivados por médicos del sistema público. Estos pacientes reciben tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico en el Instituto, sin abandonar el tratamiento con sus médicos de referencia.

Pierre Marty y su equipo observaron una serie de características que parecían darse en muchos pacientes ingresados en hospitales generales, no psiquiátricos, con patologías diversas, que tenían en común una actitud muy racional, sin manifestaciones de ansiedad ni emotividad, respondían con mucha precisión a los interrogatorios médicos sobre sus síntomas, y nunca se referían a ningún aspecto de su vida que no fuera la descripción de lo somático. Este tipo de pacientes no podía asociarse a ninguna patología específica, así que Marty abandonó el intento de diferenciar los perfiles de personalidad del asmático, el ulceroso y el cardiópata, y se centró en la elaboración de una teoría unitaria de la organización psicósomática.

El paciente psicósomático típico, según Marty, se reconoce y se diferencia del neurótico típico en que describe sus síntomas y los datos biográficos que se le preguntan correctamente, sin permitirse nunca asociaciones afectivas (a diferencia del histérico) ni disfrutar extendiéndose en detalles (a diferencia del obsesivo). Su forma de pensar es operativa: habla de hechos, con exactitud, los ordena cronológicamente, es práctico (a diferencia del obsesivo, que se pierde en los detalles, hace mil hipótesis y conjeturas, y muestra múltiples temores supersticiosos). Parece perfectamente adaptado a la situación de examen, siempre que se hable

de aspectos somáticos y concretos.

En realidad la descripción del perfil psicossomático de Pierre Marty tiene mucho que ver con el concepto de “alexitimia”, acuñado por Sifneos en Estados Unidos en la década de los 60: a-lexi-timia, o sea, in-capacidad para hablar sobre estados de ánimo. Ambos coinciden en su descripción de las características de los alexitímicos:

- dificultad para reconocer, identificar y describir las emociones, y para distinguir entre estados emocionales y sensaciones físicas (se refieren sólo a estas últimas)
- baja capacidad de simbolización, manifiesta en la pobreza de la vida fantasmática y la actividad imaginaria
- bloqueo general de la fantasía. Recuerdan poco los sueños y los que recuerdan son mera reproducción de sucesos diurnos (sin desplazamientos ni condensaciones ni la simbolización propios de la actividad onírica)
- conformismo social, sumisión a los estereotipos culturales, y dificultad para comprender que haya diferencias entre ellos y los demás. A la pregunta por cómo se sienten contestan que “normal”.
- poca capacidad para la introspección, nula referencia a la propia subjetividad, y poca capacidad para la empatía, en la medida en que ésta implica comprender las motivaciones y los sentimientos ajenos

Marty y Sifneos coinciden en señalar estas características que diferencian al alexitímico del neurótico. Pero la escuela psicoanalítica se pregunta además por el origen de esta organización mental psicossomática, que favorece la adaptación social de los pacientes y su productividad pero los deja más indefensos y vulnerables que a los demás en situaciones “anormales” (pérdidas, fracasos, duelos, etc.) Y elabora la hipótesis de que esta manera mecánica de funcionar es una estrategia de supervivencia que utilizan personas traumatizadas (aunque ellas mismas no tengan conciencia de su trauma originario). M. Aisenstein (2006), representante contemporánea de la escuela psicossomática de París, entiende el funcionamiento mecánico de estos pacientes como una defensa frente a la perturbación interna. Y se refiere al concepto de “depresión esencial”: una depresión que no se caracteriza por el sentimiento de tristeza o dolor, sino por la falta de deseo: los pacientes están cansados, no quieren nada, dan la impresión de estar ausentes. Impresiona su falta de vida emocional. La depresión esencial se ha llamado “depresión blanca” o “depresión sin objeto”, porque los pacientes no reconocen que echen a faltar algo o a alguien, sólo dicen que “se sienten vacíos”.

Actualmente en estos casos se investiga la posibilidad de que haya fallos en la estructuración psíquica debidos a experiencias traumáticas precoces, previas incluso a la adquisición del lenguaje. Y se considera que el recurso frecuente a la somatización puede ser una especie de *acting in* corporal, comparable al *acting out* de los pacientes *borderline* en circunstancias que representan un reto excesivo para

la fragilidad de su estructura.

El tratamiento de estos pacientes requerirá modificaciones de la técnica psicoanalítica clásica, indicada para pacientes neuróticos. Por lo general, no se utilizará el diván, y el encuadre cara a cara facilitará la adaptación del analista al estado afectivo del paciente. Son pacientes con dificultad para mentalizar, que no suelen acudir al psicoanalista por iniciativa propia, sino derivados por un médico, y sin entender muy bien por qué. Al principio no será fácil, el paciente no tendrá mucho que decir y será el analista quien tendrá que ayudarlo a comprender que, aunque no lo crea, también él tiene cosas interesantes que decir. Se tratará de generar una verdadera experiencia emocional correctiva, como la llamó Alexander, gracias a la cual el paciente llegue a interesarse por sus procesos emocionales y cognitivos propios, abandonando su esfuerzo defensivo de sobreadaptación, en un contexto que le dé la tranquilidad suficiente para poder hacerlo.

Balint

1. Enfermedad y falla básica

Aquí es indispensable reconocer la importancia de otra aportación psicoanalítica: la de Michael Balint, psicoanalista húngaro, discípulo de Ferenczi, que trabajó entre 1940 y 1970 en Inglaterra. Hijo de un médico de medicina general, se interesó pronto por la medicina psicosomática de orientación psicoanalítica. Al principio se hizo las preguntas típicas de la confrontación “modelo biólogo versus modelo psicosomático”: ¿Qué es lo primario? ¿Una enfermedad orgánica crónica o un tipo de personalidad determinado? Estos dos aspectos ¿son independientes uno de otro? ¿son interdependientes? ¿o uno es la causa y el otro el efecto? ¿Las personas de carácter agrio hacen una úlcera péptica o es la úlcera péptica la que les agria el carácter? ... Hasta que llega a elaborar su concepto de enfermedad asociada al concepto de “falla básica”.

Balint señala cómo los seres humanos, por comparación con los restantes mamíferos, nacemos en situación de alto riesgo: el bebé nace muy inmaduro, intensamente dependiente del ambiente para encontrar el complemento indispensable para su maduración y su desarrollo. Por ello hay muchas probabilidades de que se produzca una discrepancia, más o menos grande, entre sus auténticas necesidades y lo que recibe del exterior. Es decir, es muy probable que, en alguna medida, se produzca una “falla básica”.

La “falla básica” es una falla en la estructura biológica del individuo que implica “tanto al espíritu como al cuerpo, en proporciones variables”. El origen de esta falla básica se encuentra en el pasado, en una discrepancia considerable entre las necesidades del individuo durante sus primeros años de vida y las atenciones que ha recibido en esa época decisiva. Esta discrepancia puede crear un estado de deficiencia de consecuencias sólo parcialmente reversibles. Aunque el individuo llegue a hacer una buena adaptación, sus experiencias precoces dejan huella, e

intervienen en lo que llamamos su constitución, su individualidad o la formación de su carácter, tanto en el sentido psicológico como en el biológico. ¿Cuáles pueden ser las causas de esta discrepancia? Balint responde con visión integradora: “Pueden encontrarse en el factor congénito –es decir, puede ser que las necesidades del bebé sean excesivas– o en el ambiente, que le proporciona una atención insuficiente, negligente, irregular, hiperansiosa, hiperprotectora o simplemente falta de comprensión” (Balint, 1957).

Así que esta discrepancia tiene como consecuencia una falla básica. Balint toma el término “falla” de la geología y la cristalografía. Un falla es “una irregularidad imprevista en la estructura global, irregularidad que, en circunstancias normales, puede estar oculta, pero si hay tensiones, puede dar lugar a una rotura, a un resquebrajamiento profundo de la estructura global” (Balint, 1968)

Utiliza este término porque es el que usaban muchos pacientes suyos para describir lo que sentían que se encontraba en el origen de sus problemas. No hablaban de complejo, ni de conflicto, ni de situación traumática, sino de falla: una falla en la estructura de la personalidad, algo así como un defecto o una cicatriz. La hipótesis es que todos tenemos una falla básica, aunque su gravedad dependerá de cómo hayan sido las experiencias vividas en nuestra primera infancia.

Balint observa que hay enfermedades que parecen encajar mejor en la teoría del agente externo, y otras que parecen inexplicables sin recurrir a la teoría psicósomática. Pero la enfermedad crónica o recurrente siempre parece apuntar a algún tipo de predisposición individual. Además, cuanto más dura una enfermedad y más ocasiones tenemos de observarla, más profunda es la impresión, para Balint, de que “la enfermedad es una cualidad del paciente casi tan característica como la forma de su cabeza, su talla o el color de sus ojos”.

Balint se pregunta qué hay en el origen de las predisposiciones individuales y formula una teoría de la enfermedad que es consecuencia directa de su noción de falla básica. Según él, las enfermedades clínicas pueden considerarse síntomas o exacerbaciones de la enfermedad fundamental, que es la falla básica. Estos episodios son desencadenados por las diferentes crisis de desarrollo del individuo, que implican factores externos e internos, biológicos y psicológicos en interacción.

Su teoría se inspira en la teoría de las “series complementarias” de Freud, que ya había terciado en la controversia a propósito del origen externo o interno de las enfermedades aportando la idea de una serie de factores complementarios: cuanto más intenso es uno de los factores, menos interviene el otro. El cuadro que se configura es el de un conflicto entre las posibilidades del individuo y su ambiente. “Supongamos que la “falla básica” no haya sido demasiado grave y haya permitido al individuo desarrollarse con relativo éxito, es decir, adaptarse sin tensión exagerada a una gama bastante grande de situaciones. Ahora bien, pongamos por caso que la tensión aumente bruscamente o que afecte a zonas influidas por la “falla básica”, y el individuo se encontrará ante un problema que puede llegar a ser demasiado

difícil para él”. (Balint, 1957). Éste sería un caso situado en la zona media de una serie en uno de cuyos extremos podríamos situar a la enfermedad más propiamente psicósomática y en el otro la enfermedad contraída en una epidemia o debida a un traumatismo accidental aislado.

2. La vivencia de enfermedad

Balint describe los primeros momentos de la enfermedad, cuando el enfermo empieza a encontrarse mal, a sentirse “mal en su piel”, incómodo e inquieto, antes de quejarse y pedir ayuda. En estos momentos la enfermedad aún no está “organizada”, y el primer movimiento del individuo consistirá en iniciar una retirada progresiva de su ambiente para crear y cultivar su propia enfermedad.

En esta fase aún no organizada de la enfermedad, y después del movimiento de *retraimiento* gracias al cual el individuo pierde interés por lo que le rodea, se da un movimiento de *introversión* mediante el cual concentra todo su interés en sí mismo. Las sensaciones, ideas y emociones propias adquieren una importancia insólita, y el enfermo, antes de entrar en contacto con el médico, llega por sí solo a lo que podríamos denominar un autodiagnóstico provisional que, dependiendo de sus características personales, le servirá para calmar su angustia o para fomentar su hipocondría.

Cuando el individuo llega a convencerse de que la alteración de su equilibrio habitual corresponde a una posible enfermedad, pasa a la fase siguiente: quejarse y acudir al médico. No va hasta que no atribuye al problema la categoría de enfermedad. En esta fase, el individuo no quiere continuar estando solo. Busca a otra persona, al médico: alguien superior a quien pedir ayuda y a quien transferir algunas emociones propias.

En esta fase se da un movimiento de *regresión*: vuelven a aparecer en el enfermo actitudes primitivas que van más allá del retraimiento o la introversión. ¿Cuál es la función de la regresión en este caso? Balint no da una respuesta única: “Puede ser una consecuencia de la gravedad de la enfermedad, como vemos en el delirio cuando hay fiebre alta. Puede ser el abandono de la obligación de hacer frente a la vida y al dolor, cuando se vive como una tarea desesperante y demasiado exigente, tal como se observa, por ejemplo, en la adopción de la postura fetal que suele darse en situaciones dolorosas [...] La regresión también puede ser una tentativa de curación, como la temperatura elevada en determinadas infecciones; volviendo al nivel más primitivo, el paciente puede buscar el medio de volver a empezar en una nueva dirección, evitando la que le veta la enfermedad.” (Balint, 1957)

Este triple movimiento de retraimiento, introversión y regresión precede al primer contacto del paciente con el médico, y hace que la demanda pueda llegar a revestir características muy primitivas, a primera vista muy sorprendentes en un adulto.

De la respuesta del médico a esta demanda y del papel que puede representar en el proceso de la enfermedad vamos a hablar en el apartado siguiente.

3. La medicina médico

Balint señala la importancia básica del papel del médico en nuestra vida. Nuestra experiencia pasada, sobre todo la correspondiente a la infancia y la adolescencia, nos ha enseñado determinadas pautas de respuesta ante las tensiones. En este aprendizaje han influido decisivamente padres y educadores. “Afrontar una enfermedad se puede comparar con el proceso de la maduración, y el papel del médico se puede comparar con el de nuestros padres y maestros; el médico [...] nos influye durante una enfermedad de la misma manera que las creencias y las convicciones de nuestros padres y maestros nos han influido, favoreciendo u obstaculizando nuestra evolución hacia la madurez.” (Balint, 1957)

El médico se encuentra en una situación privilegiada, no para curar la falla básica, sino para evitar que se convierta en una enfermedad organizada, por decirlo así. Las quejas y los síntomas que presenta el paciente son propuestas que hace, y la respuesta del médico a estas propuestas determinará la evolución de la enfermedad. Es decir, el médico tiene la oportunidad de intervenir cuando la enfermedad todavía no está organizada y evitar que se cronifique.

Así pues, ha de entender la enfermedad como una última consecuencia de la falla básica ya que, si no es así, puede hacer un abordaje sintomático, objetivo y distanciado con una eficacia terapéutica muy limitada y que más bien contribuirá a fijar una enfermedad determinada.

Para Balint, lo esencial en la práctica de la medicina general estriba en la relación médico-paciente como elemento diagnóstico y terapéutico.

¿Qué quiere decir la relación médico-paciente como elemento diagnóstico? Balint propugna la sustitución del diagnóstico tradicional, que describe, clasifica y evalúa un concepto abstracto (la enfermedad) y permite un pronóstico de probabilidad estadística, por el diagnóstico global, o diagnóstico en profundidad, que incluye no sólo los síntomas y signos de la enfermedad, sino también una evaluación de las formas de relación del paciente con el médico, y los sentimientos que despierta en éste.

Hacer un diagnóstico no es un mero ejercicio intelectual, sino un encuentro entre dos personas con las consiguientes connotaciones emocionales para ambas. El paciente no pide un pronóstico estadístico, sino personal. Y el médico ha de tener en cuenta no sólo las emociones del paciente, sino las que éste le despierta, y las ha de evaluar como un síntoma importante de la enfermedad del paciente, y no dejarse llevar por ellas ingenuamente en su actuación profesional. Es decir, el médico ha de aprender a usar su propia contratransferencia como elemento diagnóstico.

El diagnóstico global implica al médico y al paciente, porque el médico ha de estudiar sus propias reacciones ante el otro. La relación del paciente con el médico

forma parte de la evaluación diagnóstica, y el médico que observa ha de ser consciente de que el objeto observado –el paciente– condicionará de alguna manera las respuestas y observaciones de él mismo.

En lo referente al tratamiento, Balint afirma que la medicina más utilizada – muchas veces inconscientemente– es el propio médico. Lo que cuenta no es sólo el medicamento que se receta, sino la forma de recetar, la atmósfera en la que se produce el hecho de recetar. Sin embargo, aunque el médico sea la medicina más utilizada, no hay ninguna farmacología disponible a la que recurrir para hacer un uso correcto de ella. No hay ningún texto que explique al médico cómo ha de administrar esta medicina que es él mismo, las indicaciones, las dosis recomendables, las contraindicaciones y los efectos secundarios. Y esta falta de farmacología resulta muy peligrosa porque, si bien el potencial terapéutico de la relación médico-paciente es enorme, también lo es su potencial iatrogénico; y la forma en que responda el médico a las demandas del paciente puede contribuir a determinar la forma última de la enfermedad.

De hecho, siempre ha habido una vaga conciencia del impacto que puede tener la actitud del médico sobre el paciente y sobre el curso de la enfermedad, pero éste es un punto que suele tratarse como si no perteneciera al terreno de la medicina, y todavía menos al de la medicina científica, que se pretende objetiva y no emocional. Generalmente el médico considera que en su actuación profesional el único criterio que ha de usar es el sentido común.

Irónicamente, Balint comenta que el concepto mismo de sentido común apunta a la existencia de una especie de capacidad cognitiva de la naturaleza humana en virtud de la cual habría un acuerdo o coincidencia universal en relación con determinados principios: los llamados de sentido común. El sentido común parece una cosa inofensiva y, valga la redundancia, comúnmente aceptada. Sin embargo, como dice Balint: “Cada médico tiene un conjunto de creencias muy firmes en lo que se refiere a qué enfermedades son aceptables y cuáles no; qué grado de sufrimiento, de dolor, de miedo y de privación ha de tolerar un paciente y a partir de qué momento tiene derecho a pedir ayuda o alivio; cuántas molestias puede crear el paciente y a qué personas o instituciones, etc. Estas creencias no se verbalizan explícitamente casi nunca, pero las tiene muy arraigadas. Impulsan al médico a hacer todo lo posible para convertir a todos los pacientes a su fe, a hacer que acepten sus protocolos y que estén sanos o enfermos de acuerdo con ellos.” A esta actitud, que podríamos definir como la ideología escondida tras el concepto de sentido común, Balint le da el nombre de *función apostólica*.

El efecto de la función apostólica sobre las formas de administración de la medicina-médico es fundamental, y siempre consiste en una restricción más o menos grande de la libertad del médico, en una sobredeterminación de su actuación que tiene poco que ver con las auténticas necesidades del paciente. La función apostólica tiene que ver con la idiosincrasia del médico, con su personalidad, con

su manera de entender la vida; pero también tiene que ver con una idiosincrasia no individual, sino debida a la formación recibida por el conjunto de los médicos y al lugar que ocupa el médico en nuestra sociedad. La dificultad para identificarse y empatizar con los pacientes pertenecientes a una clase social o a una cultura diferente de la del médico, la imposición de repertorios ideológicos al paciente, la reticencia a utilizar determinados recursos terapéuticos: todo esto son manifestaciones de la función apostólica.

Lo cierto es que, cuando el enfermo va al médico, la situación es la siguiente: el enfermo tiene miedo, poco o mucho, no sabe por qué se encuentra mal, aunque se haga el autodiagnóstico provisional, y supone que el médico lo debe de saber; sufre y espera un alivio; ha de afrontar una invalidez temporal, o tal vez definitiva; espera del médico que haga de árbitro en situaciones familiares complejas, etc. Una situación de este tipo necesariamente empuja al paciente a establecer una relación de dependencia infantil con su médico. La regresión es inevitable. Pero la cuestión es averiguar qué grado de dependencia constituye un buen punto de partida para que se dé un progreso terapéutico y a partir de qué momento esta dependencia se convierte en un obstáculo. Se trata de saber “cuándo y hasta qué punto se puede autorizar al paciente a regresar, es decir, a volver a un comportamiento más primitivo e infantil, abandonando el comportamiento adulto, y [...] qué madurez es exigible a un individuo, en qué grado y en qué momento.”

Esta cuestión queda abierta a ulteriores investigaciones. Balint señala que el campo de la práctica de la medicina general es el terreno más prometedor para el estudio del problema de la madurez. “El comportamiento de las personas cuando se ponen enfermas o cuando se dan cuenta por primera vez de que están enfermas, sus formas de lucha contra las consecuencias de la enfermedad crónica podrían suministrar un material tan rico como el que se ha recogido gracias a la observación de la evolución de los niños hacia la madurez.”

El médico, en el ejercicio de su profesión, tendrá que procurar que no se repita la experiencia que generó la falla básica en su paciente, es decir, la de una discrepancia importante entre sus necesidades y las respuestas del ambiente. De su actuación depende, en gran medida, que el paciente sienta que se justifica su desconfianza en el ambiente o que se permita una relación con éste más ajustada a la realidad.

3. Los grupos Balint

Consecuentemente con su teoría de la enfermedad y su concepción de la función del médico, Balint propone una alternativa de formación psicológica para médicos a través de grupos con unas características propias que los diferencian de otro tipo de grupos, tanto por el método como por el contenido.

Si tenemos en cuenta el método, podemos decir que el grupo Balint no es exactamente un grupo didáctico (un maestro y unos cuantos discípulos), ni un grupo

psicoterapéutico (un psicoterapeuta ayuda a un grupo de pacientes a comprender sus problemas emocionales para mejorar su salud mental), aunque los médicos aprenden y mejora su salud mental. Es un grupo constituido por diversos médicos y un psicólogo o psiquiatra con formación psicoanalítica, donde se presentan casos procedentes de la práctica de los médicos y se comentan los aspectos psicológicos y relacionales implicados, admitiendo la ventaja que da al psiquiatra o psicólogo su formación psicoanalítica y a los médicos su experiencia médica.

En cuanto al contenido, se diferencian de otros grupos en que no se ocupan sólo, ni básicamente, de la psicopatología o la psicodinámica del paciente, ni de las emociones o conflictos de los médicos participantes, sino que el psicoanalista intenta centrar la discusión en la relación médico-paciente, que, por una parte, es un reflejo de la relación entre el paciente y su enfermedad, y, por otra, se refleja en la relación entre los diferentes componentes del grupo.

El resultado más importante de los grupos Balint suele ser un aumento de la sensibilidad del médico hacia lo que necesitan los pacientes, tanto a nivel consciente como inconsciente, y un cambio sustancial en su actividad profesional.

Conclusión

El psicoanálisis aporta básicamente una serie de intentos de reflexión sobre la complejidad de la interacción entre cuerpo y mente, entre genética y vínculos afectivos, que ya se intuía desde los tiempos de Hipócrates. Este breve trabajo da cuenta de algunos de estos intentos, pero ha habido muchos más en los que no puedo extenderme aquí (si bien creo que merece la pena al menos mencionar los nombres de Winnicott, Bion, Aulagnier y McDougall).

Como dice un psicoanalista contemporáneo con amplia experiencia en clínica psicosomática (Boschan, 1999), lo psicosomático es una verdadera encrucijada en la que se plantea la duda sobre si es posible abordarlo desde una única teoría o más bien sólo es posible aproximarse a su comprensión desde la interdisciplina. Para el pensamiento humano, la integración mente-cuerpo despierta formidables resistencias, y éstas contribuyen a abonar una y otra vez teorías simplistas y unicasales desde diferentes paradigmas.

No obstante, la aportación de los psicoanalistas a la concepción teórica y a la práctica de la medicina es digna de ser tenida en cuenta para los clínicos comprometidos con su tarea y conscientes de la complejidad de los fenómenos que abordan, para los que intentan trabajar en el marco de un modelo verdaderamente bio-psico-social y no reduccionista.

Desgraciadamente, el sesgo biologista de la formación que reciben los estudiantes de medicina en nuestras facultades parece prepararles más para ejercer la bioingeniería que la medicina entendida en su sentido más integrador. Al menos, en la formación de postgrado de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, pueden tener acceso a grupos Balint, y no verse obligados a afrontar su tarea

clínica teniendo que suplir su déficit de formación psicológica a base de voluntarismo y sentido común. Y ésta es una de las aportaciones más útiles que puede hacer actualmente el psicoanálisis a la práctica médica.

Desde el principio de la historia de la medicina, encontramos dos corrientes en lo que se refiere a la concepción de la enfermedad y de la práctica médica: una de ellas biologista, lineal y unicausal, la otra más compleja basada en el concepto de homeostasis y armonía de cuerpo y mente con el entorno. El Psicoanálisis sigue este Segundo paradigma, y ofrece explicaciones teóricas sobre la enfermedad y la función terapéutica. El autor sintetiza los hallazgos de las escuelas psicósomáticas de corte psicoanalítico, particularmente las de Chicago y París, así como la de Balint y su método de grupos para médicos que no han recibido entrenamiento en los aspectos psicosociales en sus estudios de Medicina

Palabras clave: Paradigma biologista, paradigma psicósomático, alexitimia, falla básica, función apostólica, grupos Balint.

Referencias bibliográficas

- AISENSTEIN, M. (2006). "The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris Psychosomatic School", *International Journal of Psychoanalysis*, **87**, 667-80
- ALEXANDER, F., FRENCH, T., POLLOCK, G. (1968). *Psychosomatic Specificity*. Chicago: University Chicago Press
- AULAGNIER, P. (1977). *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu
- BALINT, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*, Londres: Pitman
- BALINT, M. (1968). *The basic fault (Therapeutic aspects of regression)*. Londres: Tavistock Publications.
- BION, W. (1972). *Transformaciones*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina
- BOSCHAN, P. (1999). "Encrucijadas teórico-clínicas en psicósomática", *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 1.
- FERENCZI, S. (1929). "El niño mal recibido y su instinto de muerte". *Psicoanálisis*, Madrid: Espasa Calpe
- FREUD, S. (1917). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva, Tomo II, 1973.
- GRODDECK, G. (1923). *El libro del ello*. Barcelona: Taurus, 1973
- MARTY, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. París: Payot
- McDOUGALL, J. (1989). *Théâtres du corps*. París: Gallimard
- SIFNEOS, P.E. (1995). "Psychosomatique, alexithymie et neurosciences", *Revue Française de Psychosomatique*, **7**, 27-35.
- WINNICOTT, D.W. (1949). "Mind and its relation to the psyche-soma". *Through paediatrics to psychoanalysis: Collected papers*. London: Karnac, 1984.