

**II Jornades sobre  
FORMACIÓ INTEGRAL EN SALUT:  
LA COMPLEXA RELACIÓ BIOPSIICOSOCIAL**  
Barcelona, 12 i 13 de febrer de 2010

**“INTERACCIÓ MENT-COS-CONTEXT”**

**¿PARA QUÉ NECESITAMOS LA PSICOSOMÁTICA?**

Dr. Carlos Sánchez

1.

Si se reúne a un grupo de médicos de staff de un hospital universitario –situados digamos en la década de los cuarenta años, personas benevolentes, dispuestas a ceder amablemente una hora de su preciado tiempo, algunos con responsabilidades en la formación de residentes- y se les plantea la pregunta de qué les evocan los términos “formación integral del médico” y “psicosomática”, pasa lo siguiente:

Al inicio el término “formación integral” les hace pensar –cito textualmente- en aquellos aspectos que “no se reducen a lo médico”, en aquello que está “más allá de lo científico”, en lo que tiene que ver con “vivir la enfermedad, empatizar...”; se identifica “formación integral” con formación “humanista”, entendiéndolo por tal aquella que presta atención a la empatía y la comunicación. Más tarde, el grupo se pregunta si se trata de algo que depende de las personas, de su carácter, si puede ser enseñado; hay una reflexión sobre las limitaciones del médico que no tiene el deber de caer bien a todo el mundo ni la obligación de que todo el mundo le caiga bien. Luego, la conversación sigue otros derroteros –ligados especialmente a la formación de los residentes- que reflejan los intereses de los participantes y que nos alejarían del contenido de esta comunicación.

Cuando se le plantea la misma cuestión a un grupo de estudiantes de cuarto curso de medicina que está en su rotación hospitalaria se obtienen respuestas que no carecen de interés. Por ejemplo: identifican formación integral del médico con el aspecto psicológico del trato a los pacientes, aunque también con una visión amplia de la medicina que no se limite al estrecho campo de la propia especialidad; recuerdan haber tenido unas clases de psicología médica en segundo o tercer curso pero (cito) “cuando vas al hospital y ves trabajar a los médicos te das cuenta de que eso se ha perdido”. Critican que la rotación esté orientada exclusivamente hacia conocimientos médicos y poco o nada hacia lo relacional: (cito) “te piden que vayas a hacer una historia clínica a un paciente pero no que vayas a explicarle cómo debe tomarse un tratamiento o cómo dar

malas noticias". Los estudiantes son conscientes de que la forma de ser de cada cual tiene una importancia clave en la manera como luego desempeñará su profesión y se preguntan si la empatía se enseña o cuál debe ser la distancia adecuada en el trato con el paciente.

Los comentarios de un grupo de residentes de diferentes años y especialidades médicas estuvieron en la línea de los anteriores: identificación de lo "integral" con aquello que incluye no sólo lo clínico sino lo social y psicológico y cuestionamiento sobre la personalidad del médico y la posibilidad de que puedan enseñarse características que se consideran capitales como la empatía o el saber estar con el paciente.

Se trata de conversaciones reales cuyo estímulo fue la presentación de esta comunicación y que debo a la generosidad y al interés que pusieron los participantes.

¿Qué podemos extraer de ellas?

Al parecer todos los actores están de acuerdo, de manera más o menos explícita, en una doble escisión seguida de una identificación: la primera escisión es la que separa lo médico por un lado de lo psicológico o relacional por otro; la segunda, la que separa lo "científico" de todo lo demás. La identificación suelda lo médico a lo científico dejando fuera al resto. Volveremos sobre este importante asunto. Hay también una preocupación por la personalidad del propio médico y una interrogación sobre lo que puede o no ser enseñado.

Pero, ¿y qué hay de la psicósomática? Poco, muy poco. El grupo senior constató con estupor que al cabo de una hora de animada discusión no había dedicado ni una línea a este tema; los estudiantes, por su parte, aunque se interrogaron sobre el término pasaron rápidamente a otras cuestiones que reclamaban su interés con más fuerza. Los residentes, por último, reconocieron "no tener clara" la cuestión aunque se arriesgaron a afirmar que lo psicósomático es aquello a lo que no se le encuentra una causa, lo que no es biológico, algo a lo que se llega por descarte...

2.

Hay al menos tres maneras de comprender lo que quiere decir el término "psicósomática". La primera sería aquella consagrada por el uso, que ve en "lo psicósomático" lo funcional, lo que no corresponde a ninguna enfermedad orgánica documentable, síntomas poco claros que se atribuyen con más o menos razón a "cosas mentales" -cuando no abiertamente fraudulentas- por parte del sujeto. Desde este punto de vista, decirle a un paciente que lo que le pasa es "psicósomático" puede convertirse en algo desdeñoso, cuando no abiertamente hostil, porque no queda clara la frontera que separa lo psicósomático de la simulación.

Cuando la noción de vida psíquica, es decir, de algo que se sitúa a medio camino entre la conciencia y el cerebro y que no es ni lo uno ni lo otro, no está bien establecida el profesional sanitario se

encuentra desarmado en dos sentidos: por un lado se ve abocado a preguntarse por la "realidad" de lo que explica el paciente, sin que sea posible plantearse que tal vez exista un sufrimiento que éste mismo desconoce; por otro, se encuentra confrontado al absurdo, a lo que no tiene explicación. Por desgracia, la experiencia indica que esta manera de ver las cosas está lejos de ser minoritaria.

La segunda versión, sería aquella que cree en la existencia de enfermedades propiamente psicosomáticas, esta vez sí totalmente orgánicas, en cuya etiopatogenia lo psíquico tendría una importancia decisiva o al menos al mismo nivel que otras causas. Esta corriente de opinión tuvo su momento de auge a mediados del siglo pasado y se basaba sobre todo en el estudio de enfermedades muy prevalentes y mal conocidas entonces como, por ejemplo, la hipertensión arterial, el úlcus o el hipertiroidismo. Pero se paga un precio muy alto por fundamentar una disciplina sobre las carencias de otras: con el avance del progreso médico esta visión de la psicosomática fue perdiendo aliento y se vio desplazada por un enfoque estrictamente biológico que eliminaba al bebé con el agua del baño al hacer caer en el descrédito no sólo esta teoría psicosomática sino el valioso trabajo de toda una generación de investigadores.

Por último, una tercera versión –que suscribo– diría que no es posible comprender el proceso de enfermar sin partir del funcionamiento mental del ser humano. Aunque las diferentes teorías psicosomáticas propongan modelos distintos, el paradigma que todas comparten es precisamente éste, el de una especie de "balanza" entre lo psíquico y lo somático de manera que el cuerpo se convierte en el terreno que vehicula o donde se descarga lo que no puede ser procesado por vías mentales. El pensamiento psicosomático ve en el psiquismo el garante de un funcionamiento somático adecuado y ve en la somatización, en la enfermedad, el fracaso de los mecanismos psíquicos que deberían protegernos de ella.

Desde luego, mantener la salud tiene que ver con aceptar el cuidado, la preocupación, las atenciones de los otros, el *care*, pero también con el deseo de luchar, de no abandonarse, de buscar el camino hacia el otro. Muchas veces el trabajo del psicosomatólogo consiste precisamente en eso, en desbloquear el camino que lleva al reconocimiento de que algo no anda bien y de que se necesita ayuda.

3.

Fuerza es constatar que la psicosomática no ha tenido éxito ni como sustantivo ni como adjetivo y sin embargo esto no deja de ser muy sorprendente especialmente hoy cuando el progreso médico ha puesto sobre la mesa que los vínculos entre psiquismo y vida biológica son inapelables. Lejos de mí proponerles una lista de artículos, títulos de publicaciones o congresos que abordan estas cuestiones, lo que, desde luego, estaría fuera de lugar.

De todas maneras, quizá sería más adecuado hablar de sorpresa relativa. George Engel, en su artículo en *Science* de 1977<sup>1</sup>, ya destacaba lo difícil que es hacer llegar el mensaje de la psicósomática a la comunidad médica, las revistas científicas o las facultades de medicina. Lo atribuía –tal vez con un optimismo excesivo- a un problema de difusión, porque pensaba que esos trabajos quedaban relegados a publicaciones psicológicas raramente leídas por clínicos o científicos básicos. El paso del tiempo, sin embargo, no parece haber mejorado las cosas: un editorialista del *British Journal of Psychiatry* de 2009<sup>2</sup> sigue oponiendo la psicósomática al *Helicobacter pylori*, germen causal del úlcus, sin tener en cuenta que, por ejemplo, ya en 1991 un artículo publicado en *New England Journal Medicine*<sup>3</sup> demostraba que la aparición de manifestaciones clínicas de enfermedades infecciosas como el resfriado común estaban ligadas al estado de ánimo en un grupo de voluntarios inoculados con rinovirus.

¿Qué ha pasado?, ¿qué continúa pasando?

4.

La psicósomática nunca ha tenido la vida fácil. Pierre Marty<sup>4</sup>, uno de los fundadores de la Escuela Psicósomática de París, llamó la atención hace más de cincuenta años sobre las dificultades que esta disciplina plantea a cualquier observador. Subrayó la importancia que tiene la función visual para construir nuestro criterio de realidad de manera que sólo aquello que puede ser representado de alguna forma (de manera visual, gráfica, esquemática), aquello que se presenta como un objeto espacial bien definido, nos da seguridad en cuanto a su existencia: diríamos “es real porque lo veo, porque lo puedo representar”.

La necesidad de esquematizar, de dar forma a un trozo de la realidad, es propia de la evolución de la ciencia. Ahora bien –continuaba Marty-, en el mundo inanimado, en la física o en la química, los esquemas, las imágenes, guardan todo su valor y corresponden tan exactamente al objeto al que representan que es posible establecer previsiones partiendo de ellos: la bomba atómica existió mucho antes de ser llevada a la práctica. Sin embargo, en la biología, la cosa funciona menos bien y, por más elemental que sea el objeto –si es que existen objetos elementales en biología- toda representación no tiene más que un valor reducido, parcial, fragmentario, artificioso, el estudio reposa sobre la observación y a menudo las previsiones se revelan erróneas ya que no se han podido

<sup>1</sup> Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-136.

<sup>2</sup> S. Nassir Ghaemi. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009; 195:3-4.

<sup>3</sup> Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Engl J Med* 1991; 325:606-612.

<sup>4</sup> Pierre Marty. Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique. *Revue française de psychosomatique* 1993 ; 4 :147-164. Publicado originalmente en *Revue française de psychanalyse* 1952, nº 3.

prever determinadas circunstancias. Baste pensar, por ejemplo, como el seguimiento tras comercializar un fármaco puede acabar retirándolo del mercado.

¿Y qué decir del psiquismo que ya apenas descansa sobre formas? El problema de la psicopatología es que trata de funciones invisibles que no reposan sobre objetos espacialmente definidos. El problema de la psicopatología, además, es que sugiere inmediatamente una idea muy difícil de aceptar: la idea de que el ser humano puede autodestruirse de manera efectiva.

Esta oposición entre lo que se ve y lo que no, entre lo que puede ser observado y lo que debe ser hipotetizado también refleja un debate filosófico de fondo acerca de lo que podemos considerar real<sup>5</sup>. Para los científicos británicos y franceses del XIX, herederos del empirismo inglés, sólo aquello que podía ser observado directamente era objeto de la ciencia mientras que desdeñaban los esquemas teóricos que se ocupaban de cosas hipotéticas. Preguntado Pasteur sobre la teoría de la evolución de Darwin, contestaba que sólo se atrevía a hablar de aquello que era accesible a la observación directa.

Por el contrario, la actitud de los científicos alemanes del XIX, educados en la filosofía de Kant, era muy distinta. Aceptaban que lo que conocemos del mundo no es tanto la realidad de éste –las cosas en sí mismas– sino la realidad del instrumento que sirve para observarlo. Es decir, que los sonidos que oímos o los colores que vemos no reflejan tanto lo que hay en la naturaleza sino las capacidades funcionales de nuestro oído o nuestra vista. Un siglo más tarde, el gran físico Heisenberg dirá sustancialmente lo mismo: “lo que observamos no es la naturaleza en sí misma sino la naturaleza expuesta a nuestro método de investigación.”

5.

El modelo biomédico basado en la objetivación y la categorización sigue siendo para nosotros la medicina “normal”, la medicina científica y esto es probablemente así porque dentro de determinados límites este modelo funciona sin problemas: es perfectamente posible curar una infección urinaria con un antibiótico o mejorar el pronóstico del infarto agudo de miocardio con fibrinólisis sin saber nada del paciente.

El problema empieza cuando pensamos que la realidad es lo que cabe dentro del modelo o, de otra manera, que lo que no cabe dentro del modelo no es real. La práctica clínica muestra que la realidad está llena de agujeros, de cosas incomprensibles, ininteligibles, de “casualidades” que quizá no lo sean: ¿qué pensar de esa neumonía que aparece inmediatamente después de que

---

<sup>5</sup> Lynn Gamwell. The Role of Scientific Drawings in 19th- and Early 20th- Century Research. En Lynn Gamwell and Mark Solms. From Neurology to Psychoanalysis. Sigmund Freud's Neurological Drawings and Diagrams of the Mind. Binghamton University Art Museum. State University of New York, 2006. Disponible en <http://artmuseum.binghamton.edu/freudbook/>

anunciemos al paciente el alta? ¿Casualidad? Tal vez. ¿Y esos enfermos que de manera incomprensible van de una somatización a otra, de una complicación a otra, de una enfermedad a otra, cayendo en picado sin que nada parezca capaz de frenar esa carrera diabólica hacia la muerte? El pensamiento biomédico nos deja huérfanos frente a ellos.

Pero aunque el modelo biomédico sea insuficiente, es coherente y puede ser enseñado. ¿Es coherente la psicósomática, puede ser enseñada? En mi opinión, cuando intentamos aprehender lo personal y subjetivo con métodos impersonales y objetivos se plantea un serio problema. Utilizar el método científico para estudiar la relación entre el nivel de ansiedad, determinado a través de un cuestionario, y el desarrollo de las manifestaciones clínicas del resfriado común tras inocular una dosis estandarizada de rinovirus, como en el artículo que les mencioné antes, proporciona la seguridad de estar haciendo ciencia normal, de seguir el carril de lo que se considera investigación clínica seria y, por ejemplo, me permite polemizar con el editorialista del *British Journal of Psychiatry* desde una posición comfortable... Pero, ¿nos acerca eso al estudio de la subjetividad? ¿No estaremos enviando un mensaje ambiguo, esencialmente contradictorio, afirmando, por una parte, la importancia de lo subjetivo, de lo personal con una mano mientras que con la otra sólo damos valor a lo que puede ser determinado objetivamente? ¿No tendrá esto algo que ver con la disociación que observamos a nuestro alrededor entre compañeros y estudiantes?

Hace años tuve la oportunidad de asistir a una conferencia del Dr Epstein en el IES y allí explicó una anécdota que no sé si recordará. Explicó como al invitar a un estudiante a hacer una historia clínica éste le contestó "¿cómo la quiere, normal o psicósomática?". ¿Cómo queremos nosotros la medicina, normal o psicósomática?

Es difícil escapar a la idea de que esta escisión no ha hecho más que profundizarse desde los tiempos de Engel. El Georges Engel que presentaba su modelo biopsicosocial en 1977 era un conocido psicoanalista que había publicado numerosos artículos sobre psicósomática psicoanalítica y al que se consideraba un experto en colitis ulcerosa. La resonancia que tuvieron sus posiciones y sus trabajos cobra sentido –a mi juicio– cuando se piensa en la importancia que tenía el psicoanálisis en la vida social y académica de los EEUU desde los años cincuenta. Su declive a partir de la década de los 80, especialmente en el mundo universitario, supuso la pérdida de un marco de referencia conceptual silencioso del que no nos hemos recuperado. Sin verdadero antagonista, el modelo biomédico ha seguido avanzando, de manera que la confusión entre saber acerca del cerebro y saber acerca del psiquismo no ha hecho más que aumentar; hemos ganado los mecanismos, hemos perdido al sujeto, nos hemos quedado sin bosque porque ya sólo hay árboles. Creo que Eric Kandel –premio Nobel de medicina en 2000 por sus estudios

sobre la memoria-, se refería precisamente a esto cuando afirmaba (cito): "Este declinar (del psicoanálisis) es lamentable ya que representa todavía la visión más coherente e intelectualmente satisfactoria de la mente."<sup>6</sup>

6.

A mi juicio deberíamos reflexionar sobre este divorcio en el que nos encontramos. De la misma manera que el estudio de las humanidades no hace más humano, es poco probable que la acumulación de cursos y seminarios permita desarrollar en nosotros la noción de vida psíquica. Necesitamos algo más, necesitamos –creo- que a la idea de recibir (o proporcionar) enseñanzas podamos añadir la de vivir (o estimular que se vivan) experiencias. Que dos de las revistas médicas más importantes (*Annals of Internal Medicine* y *New England Journal of Medicine*) tengan desde hace años secciones permanentes dedicadas, no a la publicación de ensayos clínicos controlados, sino a la difusión de experiencias personales, a veces incluso íntimas, habla en favor de una cierta preocupación en este sentido incluso desde la medicina más académica. Alimentar la curiosidad, recuperar el derecho a existir de lo subjetivo no es sólo una preocupación de psicoanalistas sino que tiene que ver con la viabilidad y pervivencia del modelo biopsicosocial.

7.

Termino. ¿Para qué necesitamos la psicósomática? Pues para ver en la persona que consulta al sujeto; para intentar integrar la enfermedad en su historia personal, en su biografía, en sus experiencias; para dar sentido a las situaciones clínicas; para poder transformar lo que aparece como absurdo e incomprensible y que nos lleva a la parálisis en algo sólo enigmático, que nos invita al pensamiento, es decir, a la vida, porque –como dice Hannah Arendt- vivir y pensar son la misma cosa.

Muchas gracias.

---

<sup>6</sup> Eric R. Kandel. Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156:505-524.