

MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMEDAD EN LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA

Alberto PERALES*

PALABRAS CLAVE : Modelos conceptuales - Enfermedad - Enseñanza psiquiátrica.

KEY WORDS : Conceptual models - Disease - Psychiatric teaching.

En trabajo de análisis conceptual, y orientado a los estudiantes, el autor expone cinco de los modelos de enfermedad más utilizados en psiquiatría. Examina sus bases teóricas y las consecuencias que se derivan de su empleo. Entre ellas la terminológica, que provoca gran confusión al estudiante; la captación sesgada de la realidad clínica y, su aplicabilidad en la elección de la técnica más adecuada para el caso concreto. Finalmente da pautas para su enseñanza.

CONCEPTUAL MODELS OF DISEASE IN PSYCHIATRIC TEACHING

The author explains five models of disease used in Psychiatry. He examines its theoretical bases and the consequences derived from its use. Among them, the terminological that produces great confusion in the student; the biased apprehension of the clinical reality; and its applicability in the election of the intervention techniques in each concrete case. Finally, he points out some guidelines for its teaching.

* Jefe del Dpto. de Investigación. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
Profesor Principal de Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

En mis largos años de docencia universitaria he escuchado comentarios negativos de estudiantes de medicina respecto a la dificultad de aprehender los conceptos psiquiátricos. La consecuencia visible y preocupante se traduce en una vivencia pedagógica aversiva que conduce al estudiante a un alejamiento afectivo, y por ende vocacional de aquella, en virtud de su aparente engorrosa teoría y escaso pragmatismo aplicativo de sus preceptos.

Preocupado por adquirir conocimientos basados en datos "más duros" y, en consecuencia, más objetivos, con frecuencia el estudiante racionaliza su escasa motivación para el estudio serio de esta disciplina señalando que lo único que le interesa es "pasar el curso" y que en su futura práctica profesional, ante un caso psiquiátrico, "lo enviará al psiquiatra para su correspondiente atención". Craso error el del joven estudiante si nos atenemos a estadísticas que señalan que a nivel de consulta externa en hospitales generales, no menos del 75% de los casos atendidos por razones médicas presentan, al mismo tiempo, problemas emocionales (Frank, J. 1979)

Del mismo modo, otros estudiantes de las ciencias de la salud que se acercan a la psiquiatría, entre los que se encuentran los de psicología, enfermería, servicio social, tecnología médica y otros, sufren el desconcierto inevitable ante vocabularios psiquiátricos tan disímiles y enfoques tan variados que tornan su aprendizaje, sino en verdadera tortura, en un curso difícil y poco atractivo, que genera escasa motivación de aprendizaje.

La presente contribución va principalmente dirigida a los estudiantes de la disciplina en mención. Intento,

por un lado, suavizar las experiencias señaladas. Advierto, de inicio, que una de las razones para que el fenómeno aversivo citado se produzca depende del uso simultáneo en psiquiatría de varios modelos explicativos de enfermedad. Y, por otro, estimularlos al estudio de los modelos, no sólo por su valor heurístico sino por su valioso aporte práctico en el manejo terapéutico del caso concreto.

CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DEL MODELO EN LA CIENCIA

La ciencia se ha valido, con evidente beneficio, del uso de instrumentos teóricos para representar fenómenos observables. Este es el caso de los modelos. La psiquiatría no se ha excluido de esta dinámica, habiéndolos utilizado generosamente para tratar de interpretar la enfermedad humana.

≠ Un modelo, refleja la percepción particular que el observador tiene de la realidad. En tal sentido, privilegia unos aspectos y limita o escotomiza otros. La imposibilidad de una aprehensión total de la realidad observada resulta, así, inevitable; y la captación de la misma, por ende, es siempre incompleta.

A pesar de ello, el modelo cumple una función importante en la ciencia: posibilita la observación sistemática del problema en estudio ubicándolo en un marco más simple; y facilita el análisis de sus variables esenciales - siempre y cuando éstas hayan sido incluídas en la construcción de aquél - haciendo factible establecer formulaciones teóricas útiles para el diseño de las pruebas experimentales que habrán de confirmarlo o rechazarlo.

La inclusión de las variables esenciales del fenómeno estudiado en la construcción del modelo, resulta, así, fundamental. Por lo mismo, aún modelos matemáticos pueden ser correctos en su estructura y, sin embargo, no reflejar la realidad del fenómeno. De allí que sea difícil afirmar con certeza si un modelo matemático es o no adecuado, antes de verificar algunos datos mediante la observación. Para comprobar su validez debemos deducir un cierto número de posibles consecuencias del mismo y luego comparar las observaciones experimentales con los resultados predichos (Neyman, 1954, citado por Meyer L.P., 1973).

Por lo expuesto, es esencial, aunque señalarlo parezca perogrullesco, que el estudio de la conducta humana -privilegiando en este caso la conducta de enfermedad- debe siempre distinguir la diferencia existente entre lo que es el problema en sí y lo que es su representación, el modelo empleado.

EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD HUMANA

El estudio de la enfermedad humana ha planteado a la psiquiatría

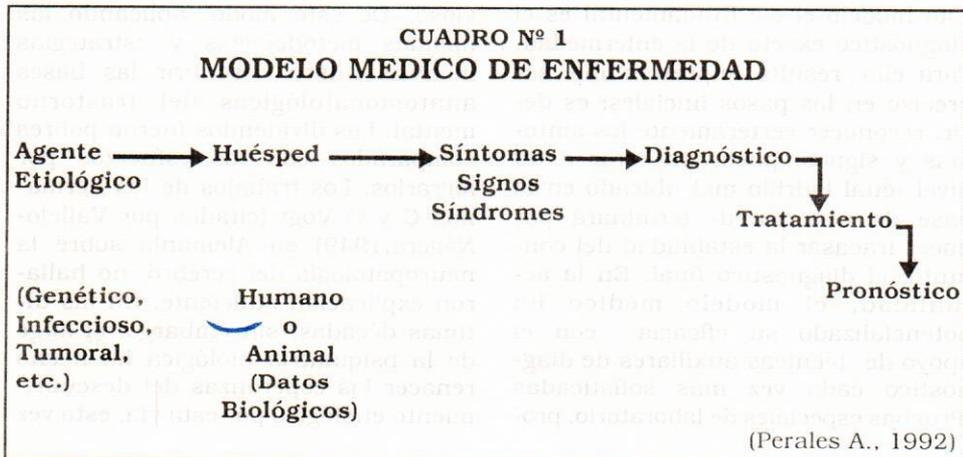
complejas interrogantes. La enfermedad mental o emocional, que en esencia es siempre *una reacción de toda la persona* (Seguin, 1987) ha sido conceptualizada como conducta anormal con características propias. Como tal, ha recibido variedad de interpretaciones; de allí la diversidad de modelos usados para su estudio como informa Parloff (1975), citado por APA Commission on Psychotherapies (1982), quien coteja 140 modelos diferentes sólo en el campo psicoterapéutico.

En nuestro afán de comprender tal fenómeno y, ante la imposibilidad de asir cognoscitivamente todos los modelos propuestos, se presentarán, de manera muy resumida, cinco de ellos que, a nuestro juicio, vienen intentando por medio de la investigación científica poner a prueba sus hipótesis. Revisaremos los siguientes:

1. El médico
2. El psicoanalítico
3. El conductual
4. El cognoscitivo
5. El social

1. El modelo médico

Postula (Ver Cuadro N° 1) que la



enfermedad se produce por acción de un agente etiológico que actuando sobre el huésped y rompiendo su equilibrio altera su estructura anatómica y/o la función del o de los órgano(s) afecto(s) o del sistema involucrado. De este modo, la enfermedad, sea cual fuere el factor que la produzca, depende, en primer lugar, de la perturbación interna del organismo via la cual se producen los síntomas.

El trastorno así establecido se evidencia de dos formas: a) por medio de síntomas, constituidos por percepciones, experiencias y vivencias susceptibles de reconocimiento introspectivo por el propio individuo; y, b) por medio de signos, que constituyen manifestaciones externas deladoras de la alteración morbosa, susceptibles de reconocimiento extrospectivo por parte del examinador. El deslinde semiológico exacto de tales manifestaciones permite al médico precisar la organización funcional de los mismos en los llamados síndromes, cuya identificación conducirá al diagnóstico diferencial frente a entidades similares y, finalmente, al diagnóstico definitivo (Fiessinger N, 1946; Perales A, 1982)

En el razonamiento seguido en este modelo el eje fundamental es el diagnóstico exacto de la enfermedad. Para ello, resulta imprescindible ser preciso en los pasos iniciales; es decir, reconocer certeramente los síntomas y signos, pues, un error a tal nivel -cual ladrillo mal ubicado en la base de una pared- terminará por hacer fracasar la estabilidad del conjunto, el diagnóstico final. En la actualidad, el modelo médico ha potencializado su eficacia con el apoyo de técnicas auxiliares de diagnóstico cada vez más sofisticadas (Pruebas especiales de laboratorio, pro-

cedimientos neurofisiológicos, técnicas de imaginología, y otros que rápidamente se vienen generando). De este modo, precisada la enfermedad, el médico, ayudado por los conocimientos ofrecidos por la literatura científica y la experiencia de muchos otros casos analizados e informados, puede indicar el tratamiento más conveniente y señalar un pronóstico .

El enfoque terapéutico que se desprende de este modelo posibilita dos niveles de acción :

a. Eliminar los síntomas, utilizando el así denominado tratamiento sintomático, considerado en el círculo profesional como terapia incompleta o sólo parcial.

b. Eliminar la causa, tratamiento considerado, siempre que ello sea factible, como el de elección. "Eliminada la causa, eliminada la enfermedad", reza el adagio.

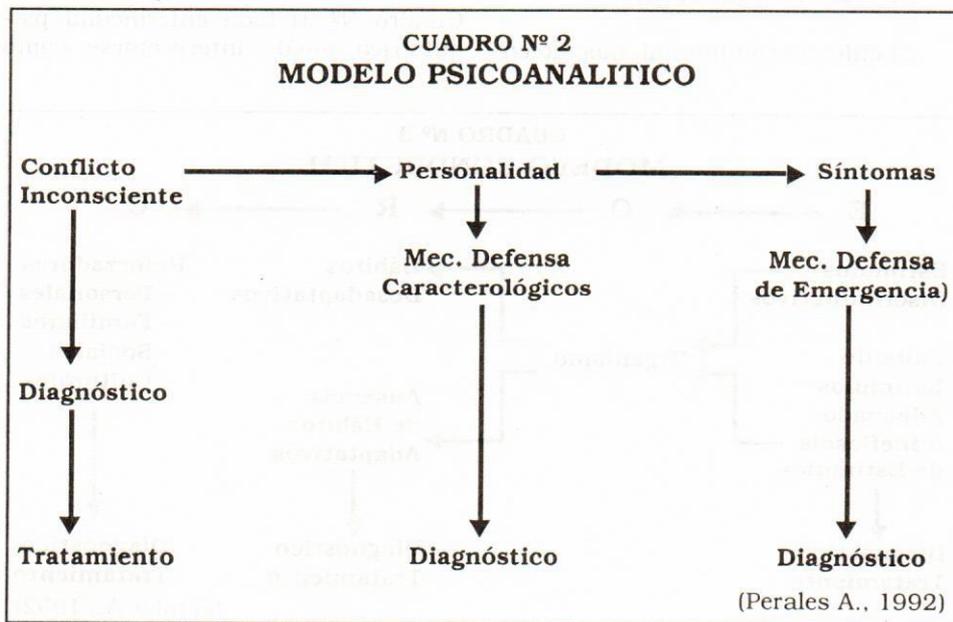
La psiquiatría, como buena hija de su añosa madre, la medicina, trató por siglos de seguir obedientemente los pasos del consejo materno, intentando interpretar la enfermedad mental como otra variante de enfermedad médica en virtud de su diferente localización orgánica, el Sistema Nervioso. De este modo, aplicando las mismas metodologías y estrategias médicas buscó descubrir las bases anatomopatológicas del trastorno mental. Los dividendos fueron pobres comparados con los esfuerzos por lograrlos. Los trabajos de los hermanos C y O Vogt (citados por Vallejo-Nágera, 1949) en Alemania sobre la neuropatología del cerebro, no hallaron explicación suficiente. En las últimas décadas, sin embargo, el auge de la psiquiatría biológica ha hecho renacer las esperanzas del descubrimiento etiológico por esta vía, esta vez

de lesión neurobioquímica de las enfermedades mentales. No nos es posible en un artículo como el presente, orientado a lo conceptual, describir, aunque sea someramente, el inmenso caudal de conocimientos que en esta vertiente se ha producido en los últimos años. Remitimos al lector interesado a las fuentes más acreditadas (Meltzer, 1991)

2. Modelo Psicoanalítico

En este enfoque (Ver Cuadro Nº

2), la primacía de las experiencias infantiles, las vicisitudes del desarrollo instintivo, sexual y tanático, y el control logrado sobre el nivel de angustia por medio de los mecanismos de defensa, son los factores que -de acuerdo a sus postulados teóricos- habrán de determinar la patología del ser afecto. La noción de la vida mental inconsciente es, en este encuadre, fundamental. La tesis patogénica central gira sobre la hipótesis que la angustia, como elemento de tensión, forma parte del diario vivir. En grado



tolerable y bien manejada por los mecanismos normales de defensa, resulta útil para la conducta productiva del ser humano normal. Es sólo cuando en virtud de conflictos inconscientes reprimidos pero estimulados por un suceso actual, que se eleva el nivel de angustia interno y se provoca la amenaza de rompimiento del equilibrio psicológico. Ante ello, el Yo utilizará mecanismos de defensa más poderosos y, por ende, más anormales.

Así, las manifestaciones que evidencian la enfermedad, llamadas síntomas en el modelo médico, constituyen en este modelo tan sólo epifenómenos del conflicto inconsciente nuclear. Este, por su condición de inconsciente escapa a la percepción y a la observación directa del paciente. Consecuentemente, el usuario de este modelo habrá de dirigir su atención preferente al estudio de la vida inconsciente del enfermo, hurgando, por medio de metodologías estableci-

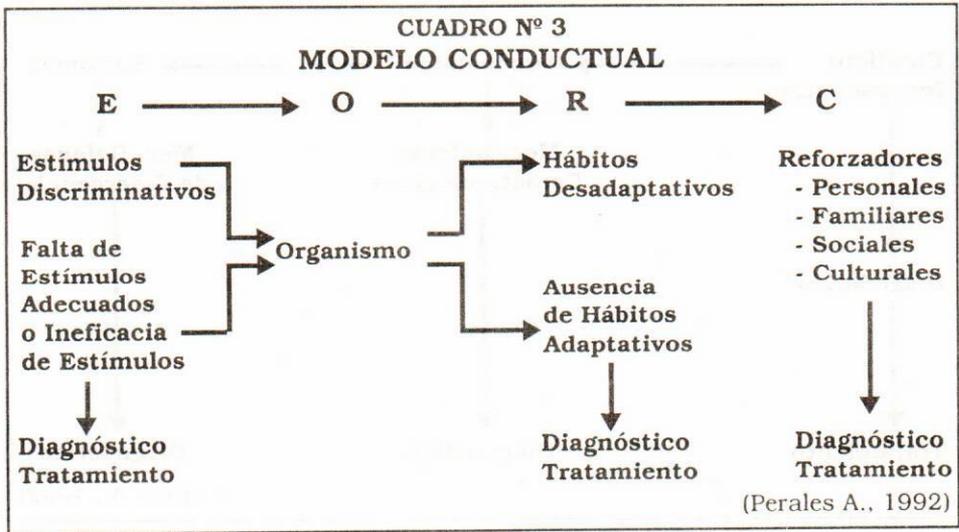
das para tal fin, en la psiquis profunda de aquél. Desaparecido el conflicto a través de su concientización y resolución, por medio de las técnicas psicoanalíticas del caso, la angustia habrá de diluirse tornando innecesarios los mecanismos anormales de defensa (síntomas). Ello permitirá, además, el desarrollo madurativo del individuo y la recuperación de su normalidad (Freud S, 1948; Fenichel O, 1945; Horney K, 1966; Greenson R, 1967; Rapaport D, 1967).

la teoría del aprendizaje, tuvo sus primeras bases en las teorías pavlovianas del reflejo condicionado, recibiendo, posteriormente, los aportes de diversos autores que configuraron gradualmente los cimientos de la terapia conductual. Curiosamente, ésta nace al mismo tiempo en tres diferentes continentes por impulso de otros tantos grupos de investigadores. En Estados Unidos con Skinner; en Inglaterra con Shapiro y en Africa del Sur con Wolpe. (Perales, 1978)

3. Modelo Conductual

El enfoque conductual, basado en

De acuerdo a este modelo (Ver Cuadro Nº 3) toda enfermedad psiquiátrica puede interpretarse como



una alteración de la conducta generada por la adquisición de hábitos desadaptativos, vale decir, de hábitos que fracasan en lograr el ajuste del organismo a la situación real concreta que enfrenta. Los llamados síntomas en el modelo médico y mecanismos de defensa anormales en el psicoanalítico, son denominados aquí hábitos o respuestas orgánsmicas desadaptativas. La fórmula epistémica E-O-R-C, (estímulo, organismo, respuesta, conse-

cuencia) implica que toda respuesta depende de la acción de un estímulo (o conjunto de ellos) específico (discriminativo) sobre el organismo ; y que toda respuesta habrá de provocar una consecuencia en el entorno que rodea al sujeto , consecuencia o respuesta del ambiente que, a su vez, habrá de influir en el proceso de aprendizaje de la respuesta orgánsmica emitida. Esta aumentará su probabilidad de repetición en

próxima oportunidad si la consecuencia es de gratificación o premio y la disminuirá, si la consecuencia representa un castigo (aprendizaje) (Skinner B.F. 1953, 1975; Speller P., 1978; Fernández Ballesteros R y Carrobles J.A.I, 1983).

Para el profesional que emplea este modelo, el síntoma pierde toda importancia como manifestación de conflicto inconsciente, concepto, por otro lado, que el conductismo no acepta; del mismo modo que rechaza la búsqueda de las causas del trastorno en el terreno biológico exclusivo. El concepto de enfermedad, en sí, no le es necesario a este modelo. Las respuestas desadaptativas o la ausencia de ellas ante estímulos adecuados constituyen "el verdadero trastorno" que el terapeuta de la conducta intentará resolver.

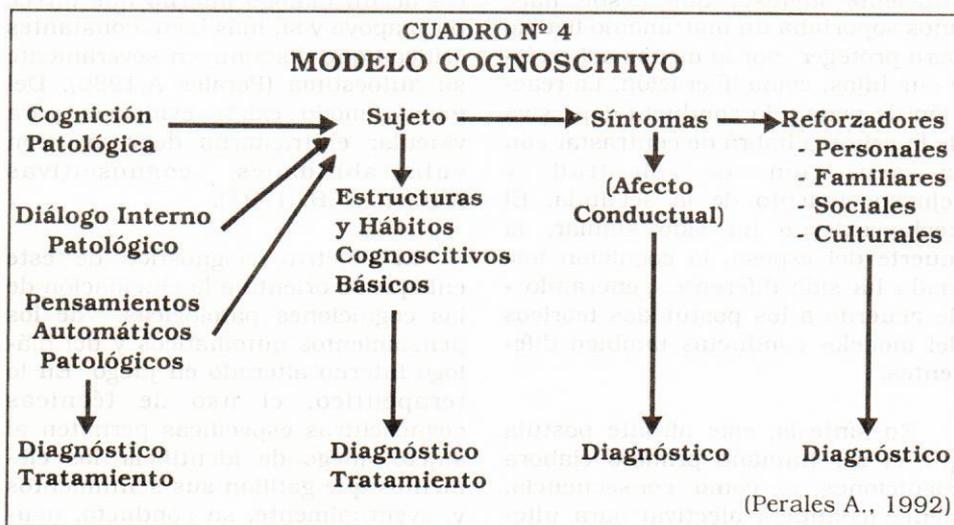
Una de las virtudes del modelo conductual es su apego a la metodología científica de investigación y exigencia explícita de someter a experimentación sus postulados teóricos. En tal virtud, conviene resal-

tar la actitud científica de B.F.Skinner (1953) -no siempre bien entendida- al expresar su decisión de no trabajar con la variable O (Organismo) del esquema por considerar que el investigador está imposibilitado de evaluar objetivamente y mensurar la información introspectiva aportada por el sujeto en estudio, por no ser susceptible de observación directa.

Los diversos planteamientos terapéuticos originados de este enfoque han incrementado el armamentarium terapéutico útil para el manejo de los trastornos mentales. Actualmente se conocen mejor los cuadros que responden más específicamente a sus procedimientos, lo que apoya la tesis que en su génesis el factor aprendizaje constituye elemento esencial. (Rubin.D.R, Brady J.P, Henderson J.D, 1973; Wolpe J, 1973; Graziano A.M, 1977; Hersen M, Bellack A.S, 1976)

4. Modelo Cognoscitivo

Este afronte, descrito por Beck A.T, (1967, 1976). (Ver Cuadro Nº 4)



parte del concepto esencial de cognición, que implica la manera idiosincrática como cada ser humano integra su experiencia en virtud de su percepción de la realidad y la tonalidad afectiva que en dicho momento su estado emocional así como el cotejo automático con experiencias pasadas le confieren. Dicho de otro modo, la significación específica que el individuo otorga a su realidad externa e interna en circunstancias específicas. Así, dos individuos de experiencias - personal y/o cultural- diferentes, pueden captar sensorialmente una misma situación pero concederles diferente significado con emisión de diferentes tipos de conducta reactiva. Por ejemplo, el hecho concreto de la muerte del esposo, es captada similarmente (realidad de la muerte) pero puede ser asignada diferente significación (cognición formada). En una mujer, como catástrofe personal, en virtud de la desaparición de su soporte emocional específico, el hombre que aparte de ser su fuente de cariño constituía el único sustento económico de su hogar. En otra persona, de trabajo independiente y suficiente ingreso, que desde hace años soportaba un matrimonio ficticio para proteger -por lo menos así creía- a sus hijos, como liberación. La reacción de pena y la conducta depresiva de la primera habrá de contrastar con la sensación de plenitud y rejuvenecimiento de la segunda. El hecho externo ha sido similar, la muerte del esposo, la cognición formada ha sido diferente, generando -de acuerdo a los postulados teóricos del modelo- conductas también diferentes.

En síntesis, este afronte postula que el ser humano primero elabora cogniciones y, como consecuencia, siente (conducta afectiva) para ulteriormente actuar (conducta expresa-

da). La conducta, pues, en este modelo, está determinada por las cogniciones previas. De este modo, si un paciente piensa depresivamente no es porque se siente deprimido, sino, a la inversa, se siente deprimido porque piensa depresivamente (Rush A.J, et al, 1975 citado por Beck A.T, 1976; Robins C.J. et al, 1990; Hokanson J.E. et al, 1991)

Elementos complementarios para este enfoque son los conceptos de pensamiento automático y diálogo interno, propuestos por Beck A.T, (1967). En el primero se encuentra el conjunto de pensamientos-estímulo que, cual gatillos subliminales, disparan las cogniciones clave para generar conductas desadaptadas. Y, respecto al segundo, el postulado que el hombre piensa siempre dialécticamente, en continua pregunta y respuesta que afinan sus decisiones y conductas finales. Normalmente, el hombre suele hablarse positivamente y apoyarse emocionalmente con los comentarios internos autogenerados ante sus actos. En los pacientes deprimidos, por ejemplo, hemos observado la presencia de un diálogo interno que ofrece poco apoyo y sí, más bien, constantes críticas que disminuyen severamente su autoestima (Perales A.1980). Del mismo modo existe evidencia para vincular el trastorno depresivo con vulnerabilidades cognitivas (Persons J.B, 1991).

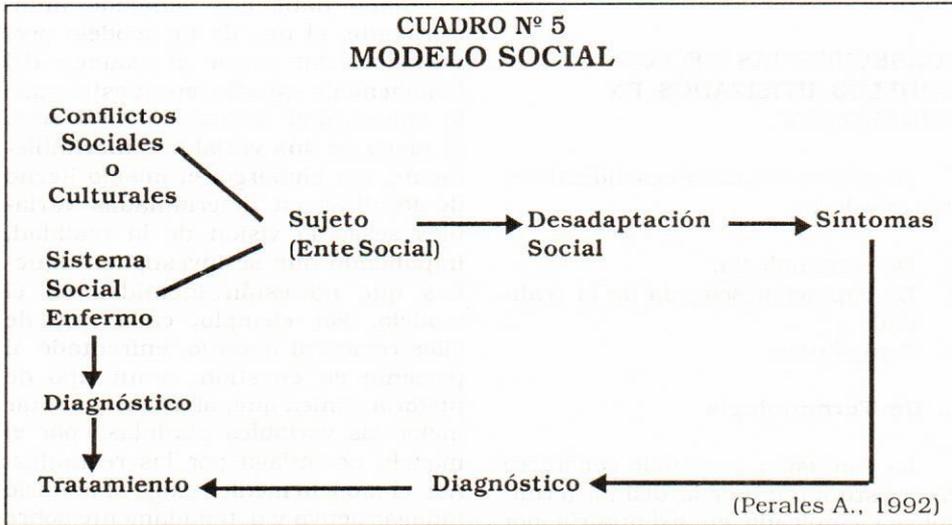
El objetivo diagnóstico de este enfoque se orienta a la elucidación de las cogniciones patológicas, de los pensamientos automáticos y del diálogo interno alterado en juego. En lo terapéutico, el uso de técnicas cognitivas específicas permiten al sujeto, luego de identificar los elementos que gatillan sus sentimientos y, eventualmente, su conducta, neutralizarlos o corregirlos. Neutralizados

los estímulos cognoscitivos, el circuito se rompe y el síntoma se extingue. Diversos informes clínicos vienen probando la validez de estos postulados (Kendall P, 1990; Colina L, Behrens S, 1990).

5 Modelo Social

Para este afronte (Ver Cuadro N°

5) el hombre no es más que uno de los elementos constitutivos de un grupo social, primordialmente la familia; y , ésta, la célula básica de la sociedad. Así, la presencia de enfermedad en uno de los miembros de aquella evidencia la dinámica patológica de ese grupo social. En otras palabras, el paciente es la manifestación sintomática del grupo



(familiar, escolar, laboral, comunal, etc.) al que pertenece como ser social. De este modo, los síntomas no son considerados fenómenos exclusivamente individuales sino repercusiones del impacto del medio sobre el individuo y de éste sobre aquél. Consecuentemente, el modelo social postula como objetivo terapéutico restablecer la relación alterada del individuo con su medio micros social, la familia, su grupo laboral, de estudio, amical, u otro, de acuerdo al interjuego de las mutuas influencias (Laing R.D. & Easterson A, 1968; Ackerman N.W, 1966; Sluzki C.E. et al.,1970; Barash D, 1981, en Eisdorfer C. et al,1981)

El modelo implica, además, la

consideración de variables macrosociales, pues, autores como Frank J.,(1979) consideran que las actuales presiones políticas, económicas y otras sobre la salud mental, son de tal magnitud, que nuestra estructura social se haya en proceso de desintegración, con todos los peligros que ésto implica. Factor preponderante en este riesgo lo constituye el veloz desarrollo tecnológico de nuestra era que viene produciendo una aceleración de la historia; vale decir, cambios que antes necesitaban siglos de evolución, a través del tránsito de muchas generaciones humanas para producirse, hoy requieren decenas de años y, a veces, una sola generación. Este fenómeno, según Frank, está

horadando el sentimiento de continuidad temporal del ser humano. Ante ello, la psiquiatría sólo puede tener la esperanza de contribuir en algo para evitar la destrucción de nuestra propia especie, pues, en la medida que podamos influir terapéuticamente sobre la conducta y las actitudes de los miembros de la sociedad podremos, de algún modo, influir terapéuticamente sobre la sociedad en sí.

CONSECUENCIAS DE LOS MODELOS UTILIZADOS EN PSIQUIATRIA.

Distinguimos, con fines didácticos, tres niveles:

1. De terminología,
2. De captación sesgada de la realidad,
3. Terapéutico.

1. De Terminología

La confusión que suele generarse en el estudiante por la disímil terminología empleada en psiquiatría por los usuarios de los diferentes modelos ha hecho expresar a algunos autores que la psiquiatría es una verdadera "Torre de Babel". Al sujeto afecto se le denomina : huésped (modelo médico), personalidad (modelo psicoanalítico), organismo (modelo conductual) ente social (modelo social). A las manifestaciones de la enfermedad, síntomas (modelo médico), mecanismos de defensa anormales o de emergencia (modelo psicoanalítico), hábitos desadaptativos (modelo conductual) etc. Por ello, para que el estudiante pueda "traducir la terminología" y evitar la confusión, conviene que, desde el comienzo se pregunte ¿Encuadrado en qué modelo está hablando o escribiendo determinado autor? El problema agregado es

que, con mucha frecuencia, los psiquiatras utilizan diferentes modelos de enfermedad inadvertidamente con lo cual, el uso indistinto de términos de diferentes vertientes en un mismo texto contribuye al aumento del riesgo de tal confusión.

2. De Captación Sesgada de la Realidad

Como habíamos señalado anteriormente, el uso de un modelo permite focalizar mejor el examen del fenómeno de estudio, en nuestro caso la enfermedad mental, magnificando el juego de sus variables. Inevitablemente, sin embargo, el mismo hecho de focalizar en determinadas variables sesga la visión de la realidad, impidiendo que se investiguen aquellas que no están incluidas en el modelo. Por ejemplo, cada uno de ellos remite al usuario, enfrentado al paciente en cuestión, a un tipo de historia clínica que, al intentar captar mejor las variables aludidas por el modelo no indaga por las restantes. Así, el modelo médico exige al usuario indagar activa y detalladamente sobre los síntomas. El practicante del modelo psicoanalítico, por otro lado, utilizando una entrevista no directiva, delega en el paciente la iniciativa de la entrevista bajo la tesis de que, guiado por su inconsciente, el sujeto irá gradualmente ofreciendo la información necesaria a medida que la relación con el terapeuta se vaya consolidando. De este modo, se ha dicho que, mientras el modelo médico evalúa mejor la enfermedad, el psicoanalítico preferencia a la persona. Por lo mismo, la descripción de una historia o formulación clínica sigue también las pautas que cada modelo indica.

En los resúmenes clínicos que siguen y que exponemos siguiendo las

perspectivas planteadas por Lazare (1973), el lector debe poner a prueba la comprensión de lo hasta aquí expuesto, señalando, ante cada uno de los casos, qué modelo conceptual se ajusta mejor a su interpretación. (Cotejar con las respuestas dadas al final del artículo)

Caso No. 1.

"Adolescente de sexo femenino, de 18 años de edad. Dice haber sido muy tímida desde niña. Consulta por presentar serios problemas de interrelación con el sexo opuesto. Motiva la consulta un último episodio que describe de la siguiente forma:

En la academia donde estudia hay un joven que la atrae sobremanera; sin embargo, ella piensa que no es lo suficientemente atractiva para que él se fije en ella. Se considera torpe, sin gracia ni habilidades, y critica su nariz como la parte más distintiva de su fealdad. Hace poco, ambos asistieron a una fiesta organizada por el alumnado. El se acercó a invitarla a bailar y ella, sintiéndose muy nerviosa y pensando que no tenía los atributos de belleza necesarios, se confundió y no contestó una palabra a la invitación. El muchacho se consideró descortésmente tratado y, resentido, ya no volvió a mostrarle ningún interés. Actualmente se le ve acompañado de otra joven de la clase"

Caso No. 2.

"Paciente adolescente, sexo masculino, 15 años, huérfano de madre, único hijo de padre profesional de prestigio y que 'trabaja todo el día'. Hace 6 meses se muda a un nuevo barrio donde los jóvenes de la misma cuadra se dedican, en grupo, a fumar pasta básica de cocaína. Sintióse muy solo y aburrido trata de acercarse

se al grupo que le exige que también fume. Al comienzo lo rechaza, pues, aparte de conocer los riesgos de tal práctica no siente ningún interés por esa clase de experiencia. Pocas semanas después, acepta, porque 'no tenía con quién estar'. Inicia, así, su habituación a PBC. Actualmente presenta todo el cuadro respectivo de farmacodependencia, para sorpresa y preocupación del padre"

Caso No. 3.

"Paciente de 65 años, de sexo masculino, internado por cuadro de insuficiencia renal crónica. Desde hace 5 días presenta temperatura 38.5 grados, tos con expectoración mucopurulenta y signos de deshidratación. En la mañana del examen se le observa confuso, excitado, grita que lo quieren matar. Confunde el tensiómetro con un arma con la que el médico quiere hacerle daño"

Caso No. 4.

"Paciente de sexo masculino, 42 años, casado desde hacen 10. Su comportamiento siempre se caracterizó por una marcada celotipia.

Consulta por sintomatología depresiva. El cuadro se ha iniciado hace dos meses luego de que al llegar a su casa encuentra a su esposa conversando alegremente con un amigo, enamorado en su juventud. Desde entonces, esta imagen se le repite como idea fija, nota un creciente resentimiento con su señora y la emergencia de la sintomatología depresiva a pesar de las afirmaciones de la esposa sobre lo vanal de la relación actual con tal persona.

Sometido a evaluación especializada el paciente recuerda haber presenciado, a la edad de 5 años, que su madre se besaba con un amante

en la puerta de su casa, para ingresar apresuradamente al ver que se acercaba el padre del paciente. Desde entonces la relación ambivalente con su madre ha sido la característica distintiva en su vida familiar".

Caso No. 5.

"Paciente de sexo masculino, de 52 años, de origen europeo. Consulta porque desde hace muchos años, cada vez que escucha sonar la sirena de una ambulancia, experimenta síntomas de angustia, parestesias generalizadas y sentimiento de que algo le va a pasar. En ocasiones ha sentido la necesidad de correr buscando protección. Señala que este cuadro se le ha presentado desde la edad de 12 años, luego de sufrir las experiencias de bombardeos en la Segunda Guerra Mundial, cuando aún vivía en su país de origen. Informa que, en tales circunstancias, al sonar la alarma, todos corrían a los refugios antiaéreos.

Ultimamente, sin embargo, las manifestaciones descritas se le vienen presentando ante otros estímulos, particularmente cuando escucha sonar la sirena de la fábrica donde trabaja, que marca el inicio y terminación de las labores; también, lo ha notado cuando suena el timbre de la puerta de su casa".

3. Terapéutica

La consecuencia más importante, desde el punto de vista práctico, resulta en la siguiente hipótesis de trabajo : EL MODELO QUE MEJOR EXPLICA LA GENESIS DE UNA PATOLOGIA ES EL QUE OFRECE MEJORES POSIBILIDADES DE INTERVENCION CON EL USO DE SUS TECNICAS PROPIAS. En otras palabras, si un caso es mejor explicado por el modelo conductual, los procedimien-

tos terapéuticos que emplearemos en primera instancia serán los conductuales.

NECESIDAD DE INTEGRACION DE MODELOS Y DE TECNICAS DE INTERVENCION.

No es infrecuente, y ésto parece ser una creciente corriente de opinión en el campo de la psiquiatría, que más de un modelo sea necesario para evaluar determinados casos. En realidad, en mi práctica profesional, ha resultado la excepción utilizar uno sólo. La integración de los mismos, sin embargo, no es algo que pueda hacerse al azar. Requiere de conocimientos y de afinado arte clínico-terapéutico. La necesidad de integrar modelos y técnicas es cada vez más evidente en la especialidad. Remito a los interesados a otras fuentes (Perales, 1982; Perales et al 1989), más aún, ahora que el concepto de trabajo en equipo se ha generalizado en psiquiatría, para lo cual se requieren modelos integradores que permitan la interacción de los diversos roles profesionales y técnicas terapéuticas en bien del paciente (Perales et al, 1989).

CONSIDERACIONES FINALES

Facilitarle al estudiante el aprendizaje de la psiquiatría evitándole la confusión conceptual derivada del uso de diferentes modelos explicativos de enfermedad, puede estimular su interés congoscitivo y vocacional en nuestra disciplina.

Para lograrlo, los profesores deben cumplir con algunos requisitos:

1. Reconocer y aceptar que la psiquiatría, a diferencia de otras especialidades médicas, utiliza diferentes modelos explicativos de en-

fermedad.

2. Adiestrar al estudiante a utilizar los modelos como instrumentos de razonamiento lógico científico. Vale decir, cambiado el modelo explicativo de enfermedad cambian, necesariamente, las técnicas de recojo de información: tipo de historia clínica, variables a investigar, metodología de entrevista (directiva, no-directiva, individual, familiar, etc.).
3. Crear conciencia en el alumno que la identificación y adecuada aplicación del modelo o modelos que mejor se ajusten al caso concreto tiene decisivo valor práctico en el manejo terapéutico.
4. Que seleccionado el modelo que mejor se ajusta al caso particular, sus elementos más distintivos e, hipotéticamente, sus factores etiológicos en juego se harán más fácilmente discernibles aumentando la posibilidad de mayor especificidad terapéutica.
5. Que bajo esta óptica, el concepto de "caso resistente" se torna relativo; vale decir, un caso puede ser "resistente" a los métodos empleados en un modelo y no serlo a los empleados en otro, v.gr. depresiones resistentes a medicación antidepressiva que ceden a terapia cognitiva o a la combinación de ambas.
6. Que si bien es cierto el modelo médico debe priorizarse como puerta de ingreso obligada al estudio del paciente, el estudiante debe ser expuesto al empleo de todos los demás, estimulando en él la capacidad crítica, el empleo racional y creativo de los mismos, la actividad investigativa y la integración juiciosa y científica de todos los medios útiles en beneficio del paciente.

CLAVE DE RESPUESTAS DE LOS CASOS:

1. modelo cognoscitivo;
2. modelo social;
3. modelo médico;
4. modelo psicoanalítico;
5. modelo conductual

Cada caso puede admitir interpretaciones complementarias de más de un modelo.

REFERENCIAS

- ACKERMAN N W (1966) *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Ediciones Horné. Buenos Aires.
- APA COMMISSION ON PSYCHOTHERAPIES (1982) *Psychotherapy Research. Methodological and Efficacy Issues*. U.S.A.
- BARASH D (1981) The Sociobiologic Paradigm. En Eisdorfer C; Cohen D Kleinman A; Maxim P (Eds) *Models for Clinical Psychopathology*, Spectrum Publications Inc. Jamaica, N.Y.
- BECK A T (1967) *Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Hoeber Medical Division. Harper & Row Publishers. New York.
- BECK A T (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. International University Press Ins. New York.
- BECK A T; RUSH A J; SHAW B F; EMERY G (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press. New York.
- BUSS A H (1966) *Psychopathology*. John Wiley & Sons Inc. New York.
- COLINA L & BEHRENS S (1990) *Terapia Cognitiva. Cómo manejar la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico y las fobias*. Editorial Metrópolis C.A. Caracas.
- EISDORFER C; COHEN D; KLEINMAN A; MAXIM P (Eds) (1981) *Models for Clinical Psychopathology*. Spectrum Publications Inc. Jamaica, N.Y.
- FENICHEL O (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. W Norton & Company Inc. New York.
- FERNANDEZ BALLESTEROS R y CARROBLES JAI (1983) *Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones*. Ediciones Pirámide. S.A. Madrid.
- FIESSINGER N (1946) *Le Raisonnement en Médecine*. Vigot Frères, Editeurs. Paris.
- FRANK J D (1979) Mental Health in a Fragmented Society: The Shattered Crystal Ball. *Am. J. of Orthopsychiatry*, 49: 397-408.
- FREUD S (1948) *Obras Completas*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid
- GRAZIANO A M (1971) *Terapéutica de conducta en la infancia*. Editorial Fontanella S.A. Barcelona.
- GREENSON R R (1967) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International University Press, Inc. New York.
- HERSEN M & BELLACK A (1976) *Behavioral Assessment : A Practical Handbook*. Pergamon Press. Oxford.
- HOKANSON J E; HUMMER J T y BUTLER A C (1991) *Interpersonal Perceptions by Depressed College Students*. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 15, No. 6: 443-457.
- HORNEY K (1966) *El Nuevo Psicoanálisis*. Tercera Edición en Español. Fondo de Cultura Económica. México.
- KENDALL P C; REBER M; McLEER S; EPPS J; RONAN K R (1990) *Cognitive-Behavioral Treatment of Conduct Disordered Children*. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 14, No.3: 279-297.
- LAING R D & EASTERSON A (1968) *Sanity, Madness and the Family: Families of Schizophrenics*. Basic Books. New York.
- LAZARE A (1973) *Hidden Conceptual Models in Clinical Psychiatry* *New England J. of Medicine*, 288: 345-51.
- MELTZER H Y (Ed) (1987) *Psychopharmacology. The Third Generation of Progress*. Raven Press. N.Y.

- MEYER L P (1973) Probabilidad y Aplicaciones Estadísticas. Fondo Educativo Interamericano.
- NEUMANN J y VOSS F (1989) The Involvement of Psychiatry in Promoting Mental Health. Trabajo presentado al VIII Congreso Mundial de Psiquiatría. Atenas.
- PERALES A (1980) Aspectos Cognitivos en la Psicoterapia Dinámica. Sexto Congreso Nacional de Psiquiatría "Hermilio Valdizán" 151-160. Lima.
- PERALES A (1978) Simposio: Terapia del Comportamiento y Modificación de la Conducta. Quinto Congreso Nacional de Psiquiatría: 203-205. Lima.
- PERALES A (1982) Un ensayo de integración en psiquiatría : la conceptualización conductual. Revista de Neuro-Psiquiatría. XLV. No 2: 68-80; y Nos. 3-4:162-177.
- PERALES A; LEON R & MEZZICH JE (1989) Proposición de un Modelo de Normalidad en Salud Mental y Clasificación Multiaxial. Anales de Salud Mental V Nos. 1 y 2: 11-28.
- PERSONS J B; MIRANDA J; PERLOFF J M (1991) Relationships Between Depressive Symptoms and Cognitive Vulnerabilities of Achievement and Dependency. Cognitive Therapy and Research. Vol 15, No. 3: 221-235.
- RAPAPORT D (1967) La Estructura de la Teoría Psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- ROBINS C J; BLOCK P; PESELOW E D (1990) Cognition and Life Events in Major Depression: A Test of the Mediation and Interaction Hypotheses. Cognitive Therapy and Research. Vol. 14, No 3: 299-313.
- RUBIN R D; BRADY J P; HENDERSON J D (Eds) (1973) Advances in Behavior Therapy, Volume 4. Proceedings of the Fifth Conference of The Association of Behavior Therapy. Academic Press. New York.
- SEGUIN C A (1987) La Enfermedad Como Reacción. Anales de Salud Mental. III, Nos. 1 y 2: 17-24.
- SKINNER B F (1971) Ciencia y Conducta Humana (Una Psicología Científica). Editorial Fontanella S.A. Barcelona.
- SKINNER B F (1975) La Conducta de los Organismos. Un análisis experimental. Editorial Fontanella. S.A. Barcelona.
- SPELLER P (1978) Análisis de la Conducta, trabajos de investigación en Latinoamérica. Editorial Trillas. México.
- VALLEJO NAGERA A (1949) Tratado de Psiquiatría. Salvat Editores, S.A. Barcelona.
- WOLPE J (1973) The Practice of Behavior Therapy. Pergamon Press Inc. New York.