



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

**TEMA XXXVI**

**Aquilino Polaino-Lorente**

**MEDICINA COMPORTAMENTAL**

1. Insuficiencia y crisis de la medicina tecnificada.
2. La inflación de la actual patología psicosomática.
3. La medicina psicosomática en el contexto de la "Behavioral Medicine".
4. Algunos indicadores de las posibilidades de la Medicina Comportamental.
5. Medicina Comportamental: Concepto, aplicaciones y dificultades.

## 1.- INSUFICIENCIA Y CRISIS DE LA MEDICINA TECNIFICADA

La medicina de hoy es muy diferente de la de ayer. En el cambio operado son muchas y ventajosas las aportaciones que se han derivado para los profesionales de la salud para una mejor asistencia de los pacientes.

La disminución de la tasa de mortalidad infantil y el importante incremento de la vida media del hombre, son dos excelentes indicadores del reciente progreso médico.

Pero no todo puede conceptualizarse como progreso en el contexto de estos cambios. Es más, los mismos cambios han sido fuente y condición ineludible de nuevos problemas, como cabía esperar, en esta nueva andadura clínica. Este avance incuestionable se ha alineado con la técnica que lo ha hecho posible y a la que tanto debe. Pero con ser muy importante, la técnica no lo es todo. Y así, la asistencia del enfermo, la prevención de la enfermedad o el mejoramiento de las condiciones humanas —que es lo que en verdad importa— estamos aún lejos de lograrlo.

En contra de ese progreso está, por ejemplo, la colectivización apersonal, cada vez más frecuente, de la asistencia médica; la dilución en el anonimato hospitalario, institucional y burocrático de la relación médico-paciente; la desconfianza en los propios recursos personales para establecer un diagnóstico, a la vez que el entreguismo —por otra parte tan costoso— de médicos y pacientes a un sinnúmero de exploraciones innecesarias, muchas veces intrusivas y cada vez más sofisticadas.

No tiene nada de particular que a la vez que unas enfermedades desaparecen, emergen otras. El estilo de vida del hombre de hoy tiene mucho que decir sobre la metamorfosis de la actual patología. Como

dice Epstein y col. (1979), los problemas de salud actuales más importantes resultan no tanto de lo que la gente *tiene*, en el sentido de la enfermedad subyacente, sino más bien como consecuencia o influenciado por lo que la gente *hace* (citado por Reig, 1981).

Acaso porque se ha dejado fuera de foco por la actual Medicina el anterior punto de vista, cada día son más frecuentes los "pacientes problemas". Estos pacientes vienen a poner sobre el tapete el problema de su enfermedad, problema frente al cual la sofisticada Medicina contemporánea sólo puede reconocerse como impotente.

En una investigación llevada a cabo por Von Mering y Early en dos servicios policlínicos, alemán y norteamericano, respectivamente, encontraron que el número de "pacientes problema" no era inferior al 30% de los enfermos consultados.

Hoy más que nunca, el diagnóstico clínico debe tener en cuenta otras variables que son extraclínicas o transcínicas, es decir que van más allá de lo que habitualmente aparece recopilado en los modernos manuales de patología médica general. En esas variables, el peso que tiene el ambiente familiar y social, el modo de trabajar, y el estilo de vida, son de mucha importancia.

Sin minimizar otros posibles factores intervinientes, en el fondo el problema del "enfermo problema" puede que esté configurado por la conducta habitual del paciente —hábitos alimentarios, consumo de alcohol y cigarrillos, etc.— por lo que realiza o hace cada día, por cuáles sean sus expectativas, deseos y frustraciones. Hay muchas investigaciones recientes que agrupadas bajo la denominación genérica de "life events" comienzan a confirmarnos en las anteriores afirmaciones (Cervera y col., 1981).

Pero no termina aquí la exposición de los factores que hacen que nuestra medicina tecnificada esté en crisis y sea actualmente insuficiente.

La medicina, como profesión y como ciencia, siempre ha estado en la encruzijada donde se suscitan las nuevas aportaciones científicas. Por eso nada tiene de particular que con cada nueva aportación en las ciencias biológicas básicas, siempre que ésta sea suficientemente relevante, la medicina entre en una pequeña crisis. Toda crisis tiene sus ventajas y sus inconvenientes. También aquí, en la medicina, sucede lo mismo. Con la nueva crisis, surge la crítica frente a lo que apenas emerge todavía, además de una cierta inseguridad sobre la validez de las técnicas, más o menos rutinarias, empleadas hasta ese momento.

Esta crítica y esta inseguridad interactúan recíprocamente, significando dos hechos muy concretos: En primer lugar, que a la ciencia que sufre esas microcrisis le importa mucho mantener su anterior estatus; pero, en segundo lugar, que a los profesionales de esa ciencia, en igual o mayor medida, también les interesa asumir los nuevos adelantos que van apareciendo en el contexto histórico-científico en el que realizan su profesión.

Pero las crisis acaban siempre por resolverse. En este caso concreto, en las crisis científicas, la resolución suele venir por la incorporación de las innovaciones, hasta ese momento oficiosas. Lo que pone término a la crisis científica no es otra cosa que la incorporación de las investigaciones hasta ese momento soterradas para la ciencia oficial. Una vez que los profesionales de prestigio hacen suyos los recientes descubrimientos, la crisis finaliza, la ciencia oficial se enriquece y los nuevos descubrimientos logran el respaldo institucional que deseaban y que hasta entonces no tenían.

El inconveniente de toda crisis científica es que además de un cierto enfrentamiento (por otra parte tan estéril como inevitable) entre los profesionales (en este caso entre los clínicos y los investigadores de las ciencias básicas), se produce un relativo perjuicio a la ciencia, por cuanto que se discute la validez de las nuevas aportaciones, y se retrasa su incorporación a las ciencias aplicadas. Las ventajas que toda crisis científica conlleva son tan numerosas e importantes como sus inconvenientes: se estimula la posible competitividad entre los distintos equipos de investigadores; aumenta la autocritica en los profesionales cuya práctica era muchas veces rutinaria; y vuelve a poner sobre el tapete muchas cuestiones que acaso se consideraban ya agotadas, cuando en definitiva, el único que estaba agotado era el investigador, no la investigación.

En las líneas que siguen, el autor de este tema tratará de analizar las posibles razones explicativas del hipotético fracaso de la medicina psicosomática. Simultáneamente se sale al paso de una nueva e importante revolución en la medicina toda —acaso la más importante en nuestro siglo, aunque todavía sea pronto para emitir cualquier juicio. Se trata de lo que viene denominándose *Behavioral Medicine* por los autores de habla inglesa. ¿En que consiste la *Behavioral Medicine*?, ¿cuáles son sus fundamentos, sus razones, su historia, el ámbito en que se aplica, sus logros y aportaciones? La contestación a estos interrogantes constituye precisamente el tramado de esta lección. Por el momento basta con señalar la ignorancia, si es que no la premeditada marginación, de estas cuestiones en el ámbito médico de nuestro país.

¿Significa esto que estamos ante una nueva medicina? La respuesta a la última formulación, si se atiende a las numerosas publicaciones y a los resultados científicos ya logrados, no puede ser otra que la de un sí rotundo (Polaino-Lorente, 1980 y 1982).

## 2.- LA INFLACION DE LA ACTUAL PATOLOGIA PSICOSOMATICA.

La medicina psicosomática, o la patología psicosomática, como otros autores prefieren denominarla (Alonso Fernández, 1977), tuvo sus momentos de esplendor, como atraviesa en la actualidad un periodo de decadencia. Veamos algunas razones explicativas de la inflación que a este respecto se ha producido.

1.- La patología psicosomática supuso un nuevo modo de habérselas con el enfermo. El dualismo introducido por Descartes y la constatación de la eficacia científica que los modelos de investigación empírica habían probado hasta finales del siglo XIX, condicionó la práctica médica unilateral (excesiva y exclusivamente biológica), hasta ese momento.

2.- La medicina psicosomática supuso la superación del anterior punto de vista mecanicista, abriendo la actividad clínica a la consideración del hombre enfermo en su totalidad. Pero, simultáneamente que se ampliaba el punto de vista, se reponía también, de forma muy marcada, otro cierto sesgo: el timocentrismo mentalista freudiano (Cfr. Polaino-Lorente, 1981).

3.- La patología psicosomática debe mucho a la obra de Freud, en primer lugar y a las concepciones derivadas de aquella, sea a las aportaciones de otros psicoanalistas (Halliday, 1943; Durban, 1943 y 1948; Alexander, 1948 y 1951, y otros), sea a las aportaciones menos psicoanalíticas y más fenomenológicas-existenciales de Biswanger (1956), Boss (1957) y May (1958); toda una antropología médica hasta estas circunstancias ignorada.

4.- Las aportaciones de Freud se encuentran dispersas a todo lo ancho de su obra, pero se concretan, sin embargo, para lo que aquí importa, en su *Proyecto de una Psicología para Neurólogos* (1895). La intención que Freud se propuso consistía fundamentalmente, en *psicologizar la medicina*. Freud se opuso al modelo, hasta cierto punto válido para su tiempo, de una medicina que, tomando como epicentro únicamente al organismo, dejaba fuera de foco el ambiente, es decir,

ignoraba el vasto flujo estimular y sus posibles influencias sobre la enfermedad, abandonándolo al azar, a la deriva. La medicina que encontró Freud era una medicina antiambientalista, organocéntrica y ambientocentrífuga.

Pero la medicina que nos dejó Freud tampoco consiguió rectificar el anterior punto de vista. La medicina de la herencia freudiana ha sido una medicina timocéntrica, mentalista y simbólica, varada en el inconsciente y vertebrada sobre los traumas, complejos y conflictos humanos. Aunque Freud aspiraba a psicologizarla, tal aspiración sólo se realizó en sus aspectos formales, lográndose, bajo las apariencias de aquéllos, otra cosa muy distinta: *la psicoanalitización del enfermar humano*; algo que más bien supuso la introducción de constructos metateóricos y doctrinales a muy diferentes niveles epistemológicos. La psicologización material y práctica de la medicina, propiamente dicha, quedó para mejor ocasión.

5.- Los sucesores de Freud, cualquiera que haya sido la línea doctrinal en la que se inscribiesen, tampoco consiguieron resolver el problema. Tanto los intentos sistemáticos de los primeros psicoanalistas por construir una medicina psicosomática, como otros posteriormente de raigambre existencialista y fenomenológica, ya referidos, no contribuyeron a la resolución de estos problemas, ni a proporcionarles la altura científica y el rigor metodológico que tan necesarios les eran.

6.- Otra importante razón que puede aducirse para tratar de explicar la inflación y el declive actual de la patología psicosomática, reside en la ausencia de fundamentos científicos. La patología psicosomática no ha supuesto, de ninguna forma, un incremento y desarrollo, por ejemplo, de las técnicas fisiológicas. Sin esta apoyatura, y de espaldas a todas las ciencias biomédicas, resulta imposible de verificar el modo en que interactúa lo psíquico sobre lo somático, el medio sobre el organismo, la cultura sobre la naturaleza. Otra trayectoria científica muy distinta hubiera tenido la patología psicosomática, de haber utilizado para sus investigaciones de los necesarios procedimientos, neurofisiológicos y ambientales, como en las últimas décadas han puesto de manifiesto otros autores (Benassi, 1972; Bonica, 1975; Brown, 1969; Cameron, 1977; Epstein, 1977 y 1978; Mahoney, 1974; Wexler, 1976 y Yates, 1970).

7.- Por último, el punto de vista fenomenológico y existencialista contribuyó a oscurecer, todavía más, el ámbito de la patología psicosomática. No puede decirse que las aportaciones de estos últimos fueran irrelevantes. La consideración de la enfermedad dentro de un

marco antropológico y sociocultural y la construcción de una antropología médica —resultados logrados por estos últimos— no sólo eran convenientes, sino incluso imprescindibles, pues venían a llenar la laguna existente, entonces, en una medicina extraordinariamente mecanicista. Sin embargo, las anteriores aportaciones, no pueden superponerse, no son coincidentes, con el ámbito necesariamente científico y específico de la patología psicósomática. Son apenas el contexto irrenunciable —pero contexto al fin y al cabo— que no puede suplantar nunca al texto (a la enfermedad humana y a su investigación científica). Además este contexto —que es válido en muchas de sus aportaciones— se confundió a veces con el pretexto para hablar —nunca científicamente, aunque sí pseudofilosóficamente— del hombre y de su enfermedad. Desde la asunción de estos presupuestos, ¡cuantas brillantes conferencias se han pronunciado! Mientras tanto, se continuaba tratando al hombre enfermo de forma mecánica, aunque, sucesivamente, se le aplicasen técnicas cada vez más refinadas, sutiles y sofisticadas. La patología psicósomática era algo para predicar, pero no para vivir; algo que se decía y era por todos admitido y que, sin embargo, nadie hacía. A la vez que la medicina se tecnificaba, se disolvían las aportaciones antropológicas en el ambiente cultural de aquél tiempo sin llegar a su destino. Las teorizaciones filosóficas sobre la patología psicósomática, caminaban por una vía paralela a los adelantos tecnológicos, sin que, ni unas ni otras, acertasen a juntarse donde debían: en el hombre enfermo.

Acaso la raíz de las anteriores discrepancias pueda encontrarse en lo que he dado en denominar la *decusación, el entrecruzamiento y la inversión filosófica de las ciencias del hombre* (Polaino-Lorente, 1976). Con la anterior denominación, quiero significar lo que ha venido sucediendo con la trayectoria filosófica de la psicología y de la medicina.

La psicología comenzó siendo filosófica, hasta el punto de confundirse tradicionalmente con ella. Sólo en los últimos años, y cansada probablemente de su ineficacia operativa, la psicología, (\*), abandonando la filosofía, se hizo empírica, experimental, objetiva y positiva, eligiendo el método científico-experimental para sus futuras realizaciones.

La medicina, en cambio, siguió una trayectoria relativamente opuesta a la anterior. Después de haberse fundamentado durante largos años en

(\*) Me refiero, en este momento, claro está, a la psicología empírica; nada tengo que decir a este respecto sobre la psicología racional, especulativa y filosófica que siendo fiel a sus derroteros es en su ámbito obviamente válida.

el método experimental (Claudio Bernard, Luis Pasteur, Cannon, etc., Cfr. Laín Entralgo, 1946) y de haber obtenido a su través grandes éxitos llegó a abandonarlo, especialmente en algunos sectores (en las llamadas "enfermedades funcionales" y en el campo estrictamente psiquiátrico). La causa de este abandono reside, probablemente, en la inoperancia del método y de los instrumentos científicos de que se disponían en aquella coyuntura histórica para habérselas con los problemas específicos referidos líneas arriba.

Así, pues, puede afirmarse que al término del siglo XIX y comienzos del XX, las trayectorias metodológicas de ambas disciplinas —la psicología y la medicina— se entrecruzaron: la patología psicosomática se volvió hacia las "filosofías" (psicoanálisis, fenomenología, existencialismo, etc.), mientras que la psicología magnificaba el método hipotético-deductivo y experimental (neurofisiología, conductismo, psicología experimental, etc.), haciendolo propio.

### 3.- LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA EN EL CONTEXTO DE LA "BEHAVIORAL MEDICINE"

Una alternativa contemporánea a la medicina nos fuerza a hacer la elección entre la patología psicosomática y la "*Behavioral Medicine*". Acaso más bien que de una alternativa se trata de un problema de sucesión. La medicina psicosomática está siendo sustituida por la medicina comportamental, después de una manifiesta declinación de aquella, durante las dos últimas décadas. La medicina comportamental se presenta así como un modo nuevo de realizar la medicina, que además asume las más importantes aportaciones, introducidas en su día, por la patología psicosomática. Desde este punto de vista, la *Behavioral Medicine* se presenta como una síntesis superadora, a la vez que innovadora, de la patología psicosomática.

La emergencia de este nuevo quehacer clínico, hunde sus raíces en las siguientes relevantes aportaciones científicas:

a) La importancia concedida al sistema nervioso central como mediador y modulador del sistema nervioso vegetativo que es, en última instancia, el responsable de muchas alteraciones tradicionalmente incluidas en el ámbito de la patología psicosomática.

b) El haber concedido la justa importancia a los factores ambientales y a las variables periféricas, que tan significativamente configuran el enfermar humano.

c) El planteamiento —bastante nuevo si se compara con sus predecesores inmediatos— de una rica metodología que incluye: entrevista comportamental, cuestionarios y escalas de evaluación, autoinformes, técnicas de observación, registros polígraficos, análisis de los costes y de la efectividad, evaluación durante el seguimiento, etc.

d) La construcción de modelos explicativos que suponen nuevos modos en la conceptualización de la sintomatología psicósomática: influencias del estrés en esta patología (Rees, 1976; Engel, 1977); la del condicionamiento operante y del clásico como hipótesis explicativas de estos desórdenes (Miller, 1978; Thompson, 1974) y/o la interacción de estos dos últimos (Whitehead, 1976; Sackett, 1977).

e) La incorporación de los modelos de *bio-feed-back* —incorporación conceptual y operativa— que supone la asunción de esta patología en el marco de un sistema de autorregulación en el que las funciones psicofisiológicas alteradas pueden ser monitorizadas y moduladas (Engel, 1977).

f) Las anteriores aportaciones y otras procedentes del campo de la neuropsicofisiología han contribuido a desarrollar las ciencias biomédicas, hasta el punto que éstas hacen hoy posible el uso de nuevos instrumentos y aportaciones en el campo de la medicina práctica, de la prevención y del autocontrol sanitario. Puede decirse que el avance de la medicina comportamental, necesariamente pasa por el camino de la psicofisiología (Kagan, 1974; Kazdin, 1980; Lubin, 1978).

g) Las anteriores aportaciones han supuesto un giro completo en el modo de habérselas con la patología psicósomática. Hoy los síntomas psicósomáticos se han conceptualizado como respuestas aprendidas, en su mayor parte; lo que significa, la asunción, a este respecto de los principios hechos explícitos por la psicología del aprendizaje. (Pomerleau y col. 1979).

Por otra parte, las terapias tradicionales empleadas —¿cuando se empleaban!— por la patología psicósomática, resultan inoperantes, como se ha demostrado por muchos autores, entre ellos Kellner (1975).

Puede afirmarse, pues, que la patología psicósomática y la medicina comportamental siguen hoy dos caminos, cada vez menos paralelos y más divergentes. No son pues dos modelos paralelos y análogos. Hay, eso sí una interacción entre ellos, que es cada día más débil y lejana. La patología psicósomática continúa siendo dualista, preocupada como siempre estuvo, por hacer explícitas las posibles relaciones existentes entre el cuerpo y la mente. La medicina comportamental se ocu-

pa de otros problemas, al operar con el ámbito estimular y el modo en que responde el organismo (al que procura modificar). La utilización de refuerzos (aversivos y gratificantes), el análisis funcional del comportamiento y el entrenamiento en los distintos programas modificadores, hacen de ella una técnica completamente distinta de todas las anteriores. Sin embargo, la medicina comportamental tiene todavía muchos problemas que resolver, de los que brevemente me ocuparé más adelante.

#### 4.- ALGUNOS INDICADORES DE LAS POSIBILIDADES DE LA MEDICINA COMPORTAMENTAL

En las líneas que siguen citaré cuatro indicadores como muestra de las posibilidades que hoy tiene la Medicina Comportamental. El primero de ellos se refiere al volumen de psicólogos que se dedican profesionalmente a este campo. Los dos siguientes son más bien de tipo económico, inscribiéndose en la política científica y de investigación por la que recientemente se han decidido las instituciones americanas. El último, trata de explicar el amplio espectro de contenidos integrados bajo la denominación de Medicina Comportamental, en los que en la actualidad se ha trabajado ya.

##### *a) Profesionalidad de los psicólogos:*

Según los datos citados por Lubin y col. (1978) y contrastados posteriormente por Matarazzo (1980), el 5% de los casi cincuenta mil miembros de la APA, trabajan en este campo en las Facultades de Medicina de los Estados Unidos. Los anteriores datos están referidos a 1978; desde entonces a esta parte, ha ido incrementándose el número de psicólogos que en colaboración con los médicos se han ido incorporando a los distintos servicios especializados y de medicina general (Polaino-Lorente, 1982).

Aunque sólo dispusiéramos de este dato, es lo suficientemente importante como para, sin jactancias, afirmar que la psicologización de la medicina al fin ha comenzado y, a lo que parece, ha comenzado bien.

##### *b) Inversión del NHLBI en Programas de Formación*

Otro indicador de importancia es la inversión económica destinada a la investigación y a la formación de profesionales en este ámbito.

El *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI) ha venido incrementado —como puede observarse en la Tabla 1— la financiación

de estos programas de entrenamiento en los cinco últimos años, dedicando en la actualidad una cantidad superior a los cien millones de dólares anuales.

Años	Costos totales en dólares	<i>Ayudas institucionales</i>			<i>Ayudas individuales postdoctorales</i>	
		Ayudas (N)	Estudiantes (N)	Postgraduados (N)	Ayudas (N)	Costos totales en dólares
1975	91.282	1	0	5	1	14.000
1976	148.194	2	2	6	4	51.800
1977	194.176	2	4	7	4	53.200
1978	538.364	7	15	21	9	123.100
1979	780.026	8	23	28	6	88.500

*Tabla 1.*- Número y costos de los programas de entrenamiento en investigación biocomportamental financiados por el NHLBI de 1975 a 1979 (datos procedentes del *Chief of de Manpower Branch. Division of Heart and Vascular Disease. NHLBI, 1980*).

c) *Inversión del NIH en investigación en Medicina Comportamental entre 1977 y 1979.*

La Tabla 2 es bastante expresiva del reciente incremento que ha experimentado la investigación en Medicina Comportamental.

*Ayudas de investigación en medicina comportamental (1977-1979), Instituto Nacional de Salud)*

	<u>Número</u>	<u>Dólares</u>
Solicitudes individuales recibidas por la sección de estudio.....	401	107,989.711
Solicitudes recomendadas para aprobación por la sección de estudio.....	164	26,704.707
Total de solicitudes aprobadas.....	40'8%	
Solicitudes amortizadas en la actualidad.....	desconocido	10,700.000 (cálculo aprox.)

*Nota.*- Estos datos fueron obtenidos del Secretario Ejecutivo, Sección de Estudios de Medicina Comportamental, Instituto Nacional de Salud. Las 401 solicitudes fueron dirigidas a los siguientes Institutos: Artritis; Metabolismo y Enfermedades Digestivas; Edad; Enfermedades Alérgicas e Infecciosas; Cáncer; Abuso de Drogas;

Salud en la Niñez y Desarrollo Humano; Ciencias Ambientales de la Salud; Oftalmología; Investigación Dental; Medicina General; Corazón, Pulmón y Sangre; Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y Hemiplegia (Matarazzo, 1980)

*d) El amplio espectro temático de la Medicina Comportamental*

La validez y la eficacia de las aportaciones científicas pueden evaluarse con muy diferentes criterios. Uno de los que parecen más precisos es el número y la relevancia de las publicaciones en que se materializan tales aportaciones.

En las líneas que siguen no trataré de hacer ningún análisis bibliométrico sobre la medicina comportamental, aunque sería muy interesante hacerlo. Para lo que aquí nos importa creo que puede bastar con elaborar el índice temático contenido en algunas de las publicaciones más recientes y destacadas sobre medicina comportamental.

He seleccionado para ello las tres publicaciones siguientes:

- Ferguson J.M. y col. (Eds.): *The comprehensive Handbook of Behavioral Medicine*, VI. 3 (extended applications and issues) Spectrum Publication, Nueva York, 1979.
- McNamara, J.R. (Ed.): *Behavioral Approaches to Medicine*, Plenum Press, Nueva York, 1979.
- Pomerleau, Ph. D. y Brady, J.P. (Eds.): *Behavioral Medicine: Theory and Practice*, The Williams and Wilckinis Co., Baltimore 1979.

En la Tabla 3 se recoge la distribución sistematizada de los temas tratados en estos tres manuales de indiscutible importancia.

											10						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	
Ferguson (1979)		x						x	x		x	x	x	x		x	
McNamara (1979)		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x				x	
Pomerleau (1979)	x			x	x	x					x	x	x		x	x	

*Tabla 3.- Distribución global e importancia relativa de los temas tratados en las tres publicaciones seleccionadas.*

Mc: Medicina Comportamental.

- 1) Epidemiología y Mc.
- 2) Prevención de enfermedades y salud mental.
- 3) Mc. en el ámbito laboral.
- 4) Biofeedback y Mc.
- 5) Estrés y Trastornos Neurofisiológicos.
- 6) Reconceptualización de la patología psicósomática desde la Mc.
- 7) Mc. y cumplimiento de las instituciones médicas.
- 8) Costos de la Mc.
- 9) Interacción entre droga y Mc.
- 10) Aplicaciones de la Mc.
  - a.- pediatría
  - b.- geriatría
  - c.- drogoadicción
  - d.- estomatología
  - e.- alteraciones crónicas
  - f.- disfunciones sexuales
  - g.- problemas psicósomáticos.

## 5.- MEDICINA COMPORTAMENTAL: CONCEPTO, APLICACIONES Y DIFICULTADES.

Pero, ¿qué es realmente la *Behavioral Medicine*? Autores como Leigh (1977) y Lipowski (1977), han subrayado la necesidad de introducir la biomedicina y la psicobiología en el ámbito de la patología general. Por otra parte, la medicina comportamental es sobre todo un *pool* de disciplinas muy diversas que deberán integrarse en los próximos años, y cuyo contorno está todavía por definir. No se olvide que la primera reunión, específicamente dedicada a éste ámbito, se celebró apenas hace cinco años (*The Yale Conference on Behavioral Medicine*, febrero, 1977). Desde entonces a esta parte, la *Academy of Behavioral Medicine Research*, incluida en la *National Academy of Sciences*, viene esforzándose por encontrar su identidad y definir, en lo posible, el reciente término propuesto (Schwartz, 1977).

Las dos definiciones hasta ahora propuestas, discrepan en muy poco. La *Behavioral Medicine-Yale Conference, 1977-* es "el ámbito científico concerniente al desarrollo y al conocimiento de las ciencias comportamentales y de las técnicas relevantes para la comprensión de la enfermedad y de la salud físicas y para la aplicación de estos conocimientos y técnicas en lo relativo a su prevención, diagnóstico, trata-

miento y rehabilitación". La *Academy of Behavioral Medicine Research* matiza un poco más la anterior definición; "La Medicina Comportamental es un conjunto interdisciplinar que se ocupa del desarrollo y la integración de las ciencias biomédicas y conductuales y del conocimiento de las técnicas relevantes y su aplicación, tanto para la salud, como para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades", (Schwartz, 1978).

La segunda supera en precisión a la primera al omitir el término comprensión (*understanding*) en la definición y al hablar, específicamente, de integración (*integration*) de las diversas disciplinas en el ámbito de la medicina comportamental.

Durante la última década y antes de que el nuevo movimiento científico se formalizara como tal, se han obtenido ya brillantes resultados con el uso y aplicación de éstas técnicas.

El empleo del *Biofeedback* en el tratamiento del asma (Kostes, 1976), de las migrañas (Solbach y Sargent, 1977), de la hipertensión (Surwit y col., 1978), del dolor (Carlsson y col., 1977), de la enfermedad de Reynauld (Blanchard y col., 1976 y 1977), e incluso de la epilepsia (Kaplan, 1975; Lubar y col., 1976), son elocuentes y suficientemente demostrativas.

Los programas de intervención para la rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares (Polaino-Lorente, 1972; Warshaw, 1974), para la deshabitación y abuso del tabaco (Polaino-Lorente y Luban Plozza, 1974), o para el autocontrol frente al dolor (Gottlieb, 1977), son otros de los avances operados por estas técnicas. El amplio ámbito de la medicina comportamental no se restringe a la patología psicósomática, sino que yendo más lejos, incide muy importantemente, en otras muchas especialidades, como la pediatría, la ginecología y la patología médica toda (Cfr. Polaino-Lorente, 1975 a, 1975 b, 1976 a, 1976 b, y 1979).

El anterior punto de vista en absoluto significa que la medicina comportamental esté en contra de los fármacos y de los psicofármacos. Más aún, las modernas investigaciones farmacológicas, si aspiran a ser científicas, necesariamente han de asumir los métodos con los que trabaja la medicina comportamental. En concreto, el modo en que una sustancia modifica un determinado comportamiento (Wulbert y col., 1977); el modo de interacción entre los fármacos y la *Behavioral Therapy* (Hollon y Beck, 1978); las consecuencias reforzantes para la conducta que se derivan de la administración de una droga (Bigelow y col., 1976 y 1977), etc.

De este modo, se prevé que la medicina comportamental aumentará cada vez más el ámbito de sus aplicaciones. En las enfermedades crónicas, esto puede significar un importante cambio en el punto de vista. Ya no se trata tanto de localizar el agente patógeno que las produce —ámbito investigador ya rebasado—, como de readaptar ciertos comportamientos, prevenir ciertas recaídas y episodios de agudización y/o aumentar las capacidades de autocontrol del enfermo sobre su enfermedad, de manera que aumente su autonomía a través del autocuidado, de la autoayuda y de la autorregulación (*self-care, self-help y self-regulation*).

Por otra parte, las denominadas “enfermedades de la civilización”, pueden tener aquí una importante ayuda preventiva y terapéutica. Me refiero, claro está, a los hábitos nocivos y a los estilos comportamentales (abuso en la dieta, en el consumo de alcohol y de tabaco, de la actividad física, del estrés, de la exposición al ruido, etc.), que tan fácilmente condicionan la aparición de nuevas enfermedades.

Además, la incorporación de la medicina comportamental, de seguro que ha de disminuir los costes, no sólo de la asistencia médica, sino de lo que es más importante todavía, del consumo de medicamentos. También aquí los costes económicos pueden y deben servir como criterio a la hora de evaluar una determinada tecnología. Las futuras e incontables aplicaciones de la medicina comportamental están en función, necesariamente, de la existencia o no de profesionales muy variados, suficientemente formados en este ámbito. Los psicólogos clínicos, los psiquiatras, las enfermeras, los cuidadores sanitarios, las asistentes sociales y los médicos todos, deberían familiarizarse con estos procedimientos, cada uno en la medida de sus posibilidades y de las exigencias impuestas por su ejercicio profesional.

\*\*\*\*

La puesta en marcha de la medicina comportamental, supone, obviamente, algunas dificultades. Se trata de curar las viejas enfermedades con nuevos procedimientos, con procedimientos que están ahora en sus albores y que naturalmente son apenas conocidos, al menos en nuestro país.

Acaso la dificultad más importante es la que deriva de la interacción entre los distintos profesionales (médicos o no), que aquí se dan cita. Es preciso hablar un lenguaje común y estar dispuesto a aprender de todos y de todo, además de sacrificar los procedimientos rutinarios a los que cada uno estaba acostumbrado, una vez que se haya demostrado su ineficacia. Todos han de ceder en algo para

beneficiar al enfermo. Naturalmente, los niveles de intercomunicación han de ser muy variados. Los bioquímicos, los cirujanos, los farmacólogos, los psiquiatras y todas las profesiones afines han de abrirse en un diálogo profundo y exigente con los profesionales de las ciencias del comportamiento. Por supuesto, que entre ellos, puede y debe exigirse el necesario respeto por las tareas que son propias y específicas de cada uno. Sin la resolución de estas mínimas dificultades, atrincherándose cada uno en su peculiar punto de vista, en el replegamiento hermético en el que el *status quo* de su profesión le ha introducido, la medicina comportamental jamás será la realidad que entre nosotros debería ser desde hace ya una década.

Con su concurso no sólo mejorará la asistencia sanitaria y los propios enfermos, sino que asistiremos a un nuevo clima terapéutico, en el que tanto la investigación clínica y experimental, como la política científica y sanitaria, serán beneficiadas.

## BIBLIOGRAFIA

- CERVERA, S. et. al: Comunicación personal, 1981.
- ENGEL, G. L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 1977, 4286, 129-136.
- EPSTEIN, L.H. et. al: Behavioral medicine. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (Eds.).- *Progress in behavior modification*. Vol. 7, Academic Press, 1979.
- FERGUSON, J.M. et al. (Eds.): *The comprehensive handbook of behavioral medicine*, Vol. 3 (extended applications and issues), Spectrum Publication, Nueva York, 1979.
- KAZDIN, A.E. et al.: Attitudes and labeling biases toward behavior modification: the effects of labels, content, and jargon, *Behavior Therapy*, 1981, 12, 56-68.
- LEIGH, H. et al.: Major trends in psychosomatic medicine: the psychiatrist's evolving role in medicine. *Ann. Inter. Med.*, 1977, 87, 233-239.
- LIPOWSKI, Z.J.: Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. *Amer. J. Psychiat.* 1977, 134, 233-244.
- LUBIN, B. et al.: Psychologist in medical education: 1976. *American Psychologist.* 1978 33, 339-343.
- MASTRIA, M.A. et al.: The development of behavioral competence in medical settings. En J.R. McNamara (Ed.). *Behavioral approaches in medicine*, Plenum, 1979.
- MATARAZZO, J.D.: Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology, *American Psychologist*, 1980, 14/A, 337-351.
- McNAMARA, J.R. (Ed.): *Behavioral Approaches to Medicine*, Plenum Press, Nueva York, 1979.
- MILLER, N.E.: Biofeedback and visceral learning. *Ann. Rev. Psychol.* 1978, 29, 373-404.
- MUNFORD, P.R. et al.: A behavioral approach to behavior therapy training, *The Journal of Psychiatric Education*, 1980, 1, 47-51.
- POLAINO-LORENTE, A.: Medicina comportamental: ¿Hacia una nueva medicina? en Psicopatología de la conducta humana; *Curso de Nivelación de A.T.S.*, Area 3, UNED, Madrid, 1980, págs, 425-438.
- POLAINO-LORENTE, A.: *Planteamientos actuales en medicina comportamental*. Ponencia a la Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica, Murcia, 1982.
- POLAINO-LORENTE, A.: *La metapsicología freudiana*. Ed. Dossat, Madrid, 1981.
- PONERLEAU, Ph. D. et. al.(Eds.): *Behavioral Medicine: Theory and Practice*, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1979.
- REIG, A.: Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y modificación de conducta*. 1981, 7, 14, 99-160.
- SCHWARTZ, G.E. et. al.: What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 1977, 6, 377-381,

SCHWARTZ, G.E. et al.: Yale conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of behavioral Medicine*, 1978, 1, 3-12.

VAN EGEREN, L. et al.: Behavioral science and medical education: a biobehavioral perspective. *Soc. Sci. and Med.* 1976, 10, 535-539.