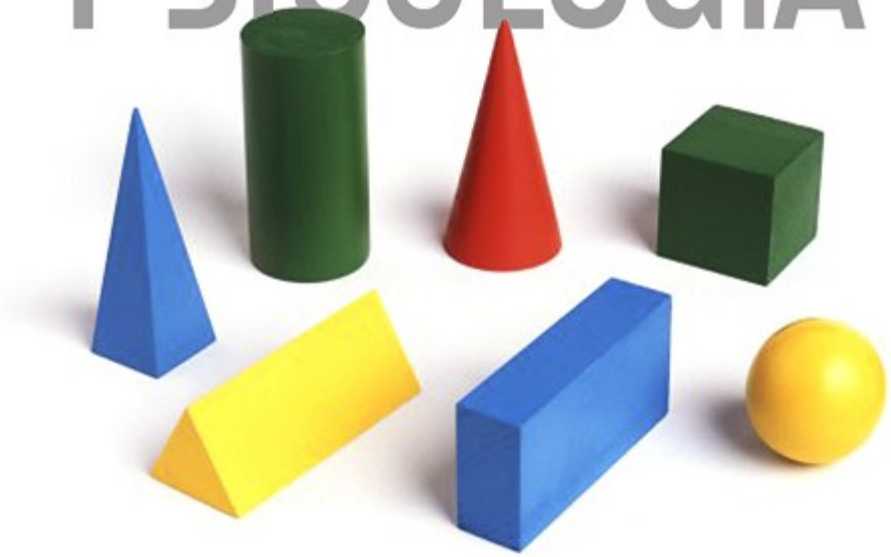
50

COSAS QUE
HAY QUE
SABER SOBRE

PSICOLOGÍA



ADRIAN FURNHAM

Ariel

Adrian Furnham

50 COSAS QUE HAY QUE SABER SOBRE PSICOLOGÍA

Traducción de
Santiago Madero

Ariel CLAVES

Introducción

La psicología tiene sus defensores y sus detractores. Los defensores consideran que la psicología es básicamente la «reina de las ciencias sociales» y que su desarrollo, sus avances y sus aplicaciones son clave para la salud, la felicidad y el progreso. Sin embargo, los detractores consideran que los psicólogos son unos charlatanes ilusos e incluso peligrosos que aplican ideas y prácticas tanto de sentido común como completamente erróneas.

El nacimiento oficial de la psicología tuvo lugar en la década de 1870. Algunos psicólogos han sido figuras internacionales de gran importancia e influencia. Se podría argumentar que, junto con Darwin y Marx, Freud fue el pensador más influyente del siglo XIX. Watson, Skinner, Milgram y otros psicólogos tuvieron una gran influencia en la forma con la que hacemos todas las cosas, desde criar y educar a nuestros hijos hasta seleccionar y tratar a nuestros empleados. En el siglo XXI, y por segunda vez en la historia, un psicólogo —Daniel Kahneman— ganó el premio Nobel de Economía.

La psicología está presente en toda nuestra sociedad actual. Ninguna historia de ficción con delitos de por medio ni ningún documental, programa de entrevistas o consulta médica están completos si no los evaluamos desde un punto de vista psicológico. El diseño de nuestro coche, nuestra casa, la elección de nuestra ropa, los compañeros, la forma con la que educamos a nuestros hijos..., todo ello ha sido investigado por la psicología y está muy influido por la misma. La psicología también desempeña una función manifiesta en la administración de empresas, el mundo deportivo y la mercadotecnia dirigida al consumidor.

La psicología es tanto una ciencia pura como una ciencia aplicada. Su objetivo último es el de comprender el comportamiento y los mecanismos y procesos básicos que influyen en las ideas, los sentimientos y los razonamientos. Además, también persigue la solución de los problemas del ser humano. Es una ciencia dotada de un fuerte carácter multidisciplinar que la relaciona estrechemente con otras muchas ciencias como la anatomía, la medicina, la psiquiatría y la sociología, así como con la economía, las matemáticas y la zoología.

Los recién llegados a la psicología se sorprenden a menudo por la enorme gama de aspectos que estudian los psicólogos, desde los sueños hasta los delirios de grandeza; desde la fobia a los ordenadores hasta las causas del cáncer; desde la memoria hasta la movilidad social; desde la formación de las actitudes hasta el alcoholismo. Un aspecto importante y de gran utilidad que hay que tener en cuenta es el hecho de que la psicología enseña a las personas un rico vocabulario a través del cual pueden describir y explicar su comportamiento: la psicología enseña al estudiante el lenguaje de la descripción y la explicación conductuales.

Algunas teorías psicológicas son contrarias a la intuición mientras que otras caen plenamente en el reino del sentido común. Con este libro espero ser capaz de ofrecer una explicación adecuada de las primeras y de aclarar las segundas.

01 Comportamiento anómalo

La psicología de lo anómalo, también denominada psicología clínica, es el estudio de los comportamientos que son considerados no normales. Estudia las causas, las manifestaciones y los tratamientos de los hábitos, razonamientos o estímulos patológicos que pueden deberse a factores ambientales, cognitivos, genéticos o neurológicos.

Los psicólogos clínicos llevan a cabo la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psicológicos. Son tanto científicos como profesionales clínicos que a menudo se especializan en el tratamiento de diversas enfermedades como los trastornos de ansiedad (ansiedad, angustia o pánico, fobias o trastornos por estrés postraumático); alteraciones del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar o suicidio); problemas con las drogas (alcohol, estimulantes, sustancias alucinógenas, etc.), o enfermedades de gran complejidad como la esquizofrenia. La psicología clínica es una parte clave de la psicología, aunque no la más importante. No obstante, la mayoría de la gente considera que es la especialidad más interesante e importante de la psicología aplicada.

Definición de lo anómalo A pesar de que es relativamente fácil detectar qué personas tienen dificultades mentales o se comportan de manera extraña, es mucho más difícil definir lo patológico. «Anómalo» significa «apartado de lo normal». Así, las personas muy altas o muy bajas son anómalas, tal como lo son las personas muy desgraciadas y muy afortunadas. Por tanto, en términos estrictos, Einstein y Miguel Ángel eran anómalos, así como también lo eran Bach y Shakespeare.

Para la psicología clínica la cuestión no estriba tanto en determinar si una conducta es anómala como si ésta es *inadaptada*, es decir, que hace que la persona tenga dificultades y problemas sociales. Si una conducta de una persona parece irracional o potencialmente peligrosa para sí misma o para los demás, solemos considerar que es anómala. El psicólogo habla en estos casos de psicopatología, mientras que el hombre de la calle habla de locura o de demencia.

A todos nos gustarían la certeza y la claridad en la distinción entre lo normal y lo anómalo. Sin embargo, sabemos que la historia y la cultura configuran lo

Cronología

1600
Inicio del rechazo de la práctica de la brujería

1773
Construcción del primer manicomio en Williamsburg, Estados Unidos

que se considera anómalo, y en los libros de texto de psiquiatría se refleja a menudo este hecho. La homosexualidad ya no se considera la enfermedad mental que hace mucho tiempo se creía que era. En el siglo XIX la masturbación se consideraba un comportamiento anómalo.

«En el transcurso de los años ha aplicado a este término (lo anómalo) numerosos juicios de valor y, por ello, es preferible cualquier sinónimo del mismo: maladaptativo, ajuste inadecuado, conductas desviadas, etc.»

A. Reber, 1985

El nivel socioeconómico, el sexo y la raza están relacionados con lo anómalo. Las mujeres tienen más probabilidades de padecer anorexia, bulimia o trastornos de ansiedad, en comparación con los hombres; por su parte, los hombres tienen más tendencia a padecer cuadros de abuso de drogas. Las personas pobres muestran una probabilidad mayor de padecer esquizofrenia, en comparación con las ricas. Los niños norteamericanos sufren una elevada incidencia de trastornos relacionados con la falta de control, en comparación con la incidencia de trastornos relacionados con control excesivo; sin embargo, en los niños sudamericanos ocurre exactamente lo contrario.

En épocas anteriores se consideraba que el comportamiento extraño era debido a una posesión del espíritu. Las personas creían en el animalismo (la creencia de que somos similares a los animales) y que la locura era el resultado de un proceso incontrolado de regresión. En la antigua Grecia se creía que lo anómalo y la enfermedad se debían en general al efecto de los líquidos corporales o «humores». A consecuencia de ello, el tratamiento de la locura en aquellos primeros tiempos conllevaba sobre todo la segregación y el castigo de los pacientes. No se empezó a tratar como una enfermedad humana hasta el siglo XIX.

Criterios sobre los que existe un acuerdo general Hoy en día las definiciones psicológicas de lo anómalo giran alrededor de una serie de criterios respecto a los cuales hay un acuerdo general. Estos criterios se han denominado las 4 des: dificultades (*distress*), desviación (*deviance*), disfunción (*dysfunction*) y peligro (*danger*). En general, lo anómalo conlleva *dolor* y *sufrimiento*, y uno de los aspectos de este último es el sufrimiento personal agudo y crónico. Uno de los criterios que hay que tener en cuenta es la *adaptación inadecuada*, es decir, la imposibilidad de realizar las tareas cotidianas, tal como ir a trabajar todos los días, mantener relaciones interpersonales felices o planificar el futuro.

Un criterio aplicado con mucha frecuencia es la *irracionalidad*, es decir, las creencias extrañas o carentes de lógica respecto al mundo físico o social, y también —con mucha frecuencia— al mundo espiritual.

Los distintos puntos de vista sobre lo normal y lo anómalo

El punto de vista subjetivo. Este término es quizá la idea más primitiva que utilizamos como criterio para considerar que la normalidad radica en nosotros mismos, nuestros comportamientos y nuestros valores. Ya lo dicen los refranes («Quien roba una vez roba diez», «De todo hay en la viña del Señor»). Desde este punto de vista, las personas que son como nosotros son normales, mientras que las que son diferentes son anómalas. Este enfoque también tiende a un razonamiento en función de categorías simples y carentes de solapamiento: normal-anómalo-muy anómalo.

El punto de vista normativo. Esta es la idea de que existe un estado ideal y deseable respecto a la forma con la que hay que pensar y comportarse. Dicha contemplación del mundo perfecto viene a menudo de la mano de los pensadores religiosos y políticos. La normalidad es la perfección: cuanto más se aparta un individuo de la normalidad, más anómalo es. Este punto de vista insiste más en lo que «debería ser» que en lo que «es razonablemente posible». Nada es normal debido a que nadie es perfecto.

El punto de vista clínico. Los científicos sociales y los médicos intentan evaluar la efectividad y la capacidad de organización y adaptación de una persona. En gran parte ello depende de la dimensión evaluada. Los clínicos también aceptan que el límite entre lo normal y lo anómalo no está bien definido y que es, de alguna manera, subjetivo, aunque se esfuerzan por establecer un diagnóstico fiable. Lo anómalo se suele asociar a una adaptación inadecuada, a dolor o a comportamientos extraños.

El punto de vista cultural. La cultura impone tendencias en todo, desde la ropa hasta la forma de caminar, desde el lenguaje hasta el amor. La cultura prescribe y proscribe los comportamientos. Algunas cosas son tabú y otras, ilegales. De nuevo, cuanto más se aparta una persona de las normas culturales, más se considera su comportamiento como anómalo. No obstante, dado que las herencias y prácticas culturales cambian, también lo hacen las definiciones de normalidad. El caso del comportamiento homosexual ilustra espléndidamente esta cuestión.

El punto de vista estadístico. Todos los especialistas en estadística conocen el concepto de distribución normal, la llamada curva de Gauss (curva «en campana»). Esta curva tiene propiedades concretas y se aplica con mucha frecuencia para hacer valoraciones, por ejemplo, de la inteligencia. La puntuación de 100 es el valor promedio; el 66 por 100 de la población presenta una puntuación de entre 85 y 115, y aproximadamente el 97 por 100, de entre 70 y 130. Por tanto, si la puntuación del cociente intelectual de una persona es menor de 70 o mayor de 130, dicha persona es poco habitual, aunque no se aplica el término «anómalo». Este modelo tiene desventajas debido a que los comportamientos más frecuentes no tienen por qué ser los más saludables ni deseables. Por otra parte, aunque el punto de vista estadístico puede tener utilidad respecto a las capacidades cuya cuantificación es razonablemente sencilla, su aplicación ofrece más dificultades en lo relativo a cuestiones de carácter más sutil y multidimensional, tal como la personalidad o la enfermedad mental.

El comportamiento anómalo de una persona es a menudo incomprensible para los demás. Por lo general es impredecible, puede tener una gran volatilidad con cambios desde un extremo al otro y, a menudo, el paciente es incapaz de controlar su propio comportamiento. Por lo general, este comportamiento es muy inadecuado.

Casi por definición, el comportamiento anómalo es heterodoxo, extraño e indeseable. Por otra parte, tiene también una dimensión moral dado que se asocia

con la violación de normas y estándares morales, y la despreocupación por las normas sociales. El comportamiento ilegal, inmoral e indeseable es anómalo.

Otro criterio bastante interesante acerca de lo anómalo es el de las molestias que genera en los demás. Quienes observan un comportamiento anómalo a menudo se sienten incómodos y perciben de manera clara que es algo no normal.

Los problemas conceptuales Los problemas que plantea cualquier definición de anómalo son evidentes. En primer lugar, a la gente sana que vive en una sociedad enferma la suelen considerar anómala. Hay muchos ejemplos de sociedades muy intolerantes respecto a las personas que no se adaptan a sus estrechos (insanos, maladaptativos) estándares de creencias y comportamientos. En segundo lugar, los observadores expertos pueden no estar de acuerdo con que un comportamiento se califique como normal o anómalo. Incluso cuando se especifican múltiples criterios de anomalía todavía puede existir un desacuerdo básico con respecto a si una persona puede ser considerada en algún sentido anómala. En tercer lugar, hay diferencias entre el actor y el observador: ¿quién tiene que juzgar a quién? Los actores no suelen considerar que su comportamiento sea anómalo; la mayor parte de nosotros nos sentimos razonablemente confiados acerca de nosotros mismos y es cierto que a este respecto poseemos gran cantidad de información que los demás no poseen. Sin embargo, hay trampas y peligros bien conocidos en lo relativo al autodiagnóstico. Es más fácil ser observador y evaluar como anómalo el comportamiento de los demás, sobre todo el de aquellos que son diferentes a nosotros o que nos amenazan.

«Ella siempre dice que le molesta lo anómalo debido a que es demasiado obvio. También dice que lo normal es mucho más complicado e interesante.»

G. Stein, 1935

Autodiagnóstico Un objetivo importante de la orientación, la educación y el tratamiento es el de ayudar a las personas a adquirir una consciencia más clara de sí mismas. Parece evidente que algunas personas con enfermedades mentales y también algunas personas supuestamente normales tienen poca información con respecto a sus problemas. En muchos sentidos, parece como si quisieran engañarnos. De la misma forma, los estudiantes de psicología clínica señalan que reconocen en muchos casos que sufren ciertas enfermedades mentales cuando las estudian en los libros de texto. Ello se debe a que muchos de nosotros poseemos un sentido exagerado de la individualidad de algunos pensamientos o comportamientos privados, no compartidos o incluso «prohibidos» o que suscitan desaprobación. Todos nosotros escondemos ciertos aspectos de nuestro yo y podemos darnos cuenta súbitamente de que dichos aspectos aparecen en los libros de texto incluidos en las listas de los comportamientos anómalos.

La idea en síntesis: ¿qué es un comportamiento «normal»?

02 Efecto placebo

Los médicos recomiendan en muchas ocasiones «tómese dos comprimidos y llámeme por la mañana». A pesar de que saben y reconocen la idea de que todos los tratamientos físicos poseen ingredientes activos o conllevan procedimientos que dan lugar a modificaciones físicas en los pacientes, también conocen el poder de los factores psicológicos para curar todo tipo de cosas. El concepto de la dicotomía entre mente y materia es conocido en el mundo de la salud desde hace siglos.

¿Qué es el efecto placebo? El término «placebo» procede de la palabra del latín que significa «contentar». Un placebo se puede definir de manera muy simple como un preparado que carece de valor medicinal y que no posee efectos farmacológicos. Un placebo activo es una sustancia que imita los efectos adversos del medicamento que está siendo investigado pero que carece de su efecto específico y supuestamente terapéutico.

«El sonido de la flauta cura la epilepsia, la ciática y la gota.»

Teofrasto, 300 a. C.

Algunas personas consideran que los efectos de tipo placebo son más eficaces respecto a las enfermedades psicológicas que a las físicas. En un estudio de gran envergadura publicado recientemente se demostró que casi el 60 por 100 de los pacientes del grupo placebo evolucionó mejor que los participantes del grupo control (personas en lista de espera), lo que evidencia el poder del placebo.

Historia El inicio de la investigación moderna en esta área se suele atribuir a un artículo aparecido en la revista de medicina *American Dental Association Journal* hace más de cincuenta años. Henry Beecher conmocionó a la clase médica al demostrar que los tratamientos de tipo placebo como la administración de comprimidos de azúcar o incluso la realización de una exploración física detallada al paciente podían dar lugar a mejoría en el 30 por 100 de los pacientes. Hoy en día esta estimación ha crecido hasta situarse entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes que sufren todo tipo de problemas, desde asma hasta la enfermedad de Parkinson, y nos muestra el fundamento real del efecto inducido por cierta gama de tratamientos.

Placebos diferentes Una de las cuestiones que se plantean es la siguiente: ¿qué tipo de placebo es el mejor? El color y el tamaño de las cápsulas y los comprimidos ha sido repetidamente objeto de manipulación experimental, pero los efectos fiables conseguidos han sido escasos. A decir verdad, no parece que estas características de las cápsulas y los comprimidos tengan gran impor-

Cronología

1500-1900	Años previos al siglo XX
Adscripción de propiedades terapéuticas a todo tipo de sustancias	Toda la medicina hasta la época moderna es la historia del placebo

¿El placebo lo cura todo?

Se ha demostrado que los placebos administrados en un contexto médico ortodoxo inducen un alivio sintomático en una gama extraordinariamente amplia de enfermedades, como por ejemplo: alergias, angina de pecho, asma, cáncer, infarto cerebral, depresión, diabetes, enuresis, epilepsia, insomnio, enfermedad de Ménière, migraña, esclerosis múltiple, neurosis, patología ocular, parkinsonismo, hipertrofia prostática, esquizofrenia, enfermedades cutáneas, úlceras y verrugas.

tancia. Un científico señaló que para que un comprimido placebo alcanzara su eficacia máxima debería ser muy grande y de color marrón o púrpura, o bien tendría que ser muy pequeño y de un color rojo brillante o amarillo.

Los procedimientos «mayores» o de carácter invasivo son placebos más serios que parecen inducir efectos de tipo placebo más intensos. En sí mismas, las inyecciones parecen dar lugar a un efecto mayor que los comprimidos e incluso la cirugía placebo (en la que al paciente se le realiza una incisión que después se sutura sin que se haya efectuado realmente ningún tipo de intervención quirúrgica) parece dar lugar a tasas de respuesta positiva elevadas.

El estilo de la aplicación del tratamiento y otras características del terapeuta parecen contribuir sustancialmente al efecto del tratamiento en sí mismo. Los terapeutas que muestran un interés mayor por sus pacientes, una confianza también mayor en sus tratamientos y un nivel profesional más elevado parecen inducir efectos placebo más intensos sobre sus pacientes.

¿Cómo funciona? La fascinación por los efectos placebo ha dado lugar a numerosas ideas y teorías respecto a su mecanismo real. Se ha propuesto todo tipo de conceptos, incluidos los siguientes: condicionamiento operativo, condicionamiento clásico, reducción de la culpa, transferencia, sugestión, persuasión, exigencias de rol, fe, esperanza, etiquetado, atención selectiva a ciertos síntomas, atribución errónea, reducción de la disonancia cognitiva, teorías del control, reducción de la ansiedad, inducción de expectativas y liberación de endorfinas.

Ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control mediante enmascaramiento doble El efecto placebo es tanto una

> **«La afinidad por los demás es curativa: todos somos médicos para todos.»**
>
> **Oliver Sacks, 1973**

Década de 1950
Primeras investigaciones sobre el placebo

Década de 1960
Realización de ensayos clínicos con control placebo

Década de 1980
El 80 por 100 de los médicos admite todavía el uso de placebos

bendición como una maldición. Es una bendición para todos los terapeutas, con independencia del tratamiento que prescriban. Es una maldición para los científicos que intentan evaluar el efecto real de las intervenciones terapéuticas. Los ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control mediante enmascaramiento doble se han convertido en el método de referencia para la investigación científica de los distintos tipos de tratamiento y para «descontar» los posibles efectos placebo.

«La absolución nos la da la confesión, no el sacerdote.»

Oscar Wilde, 1890

La idea que se aplica en estos estudios es la de que los participantes son distribuidos aleatoriamente a grupos diferentes, de manera que algunos de ellos forman parte de grupos control en los que no se administra ningún tratamiento o bien se administran tratamientos alternativos o de carácter placebo. Por otra parte, ni los investigadores ni los participantes conocen el tratamiento que están administrando o recibiendo, respectivamente.

El primer ensayo clínico efectuado con asignación aleatoria y control tuvo lugar poco tiempo después de la segunda guerra mundial. Sin embargo, hasta hace veinte años no se introdujeron los estudios con control mediante enmascaramiento («control ciego»). Ello fue debido a que se reconoció que los factores psicológicos pueden influir en la respuesta al tratamiento, por lo que los participantes en los estudios deberían estar «ciegos» respecto al tratamiento que recibían. En los estudios en los que los participantes y los investigadores desconocen la naturaleza del tratamiento (p. ej., si es un medicamento o es un placebo), decimos que el estudio se realiza con enmascaramiento doble. En los casos en los que el investigador conoce el tratamiento, pero el paciente lo desconoce, decimos que el estudio se realiza con enmascaramiento simple.

Problemas En cualquier caso, los estudios realizados con asignación aleatoria y control placebo mediante enmascaramiento doble también tienen sus dificultades. En primer lugar, pueden aparecer problemas debido a que los participantes asignados de manera aleatoria a los distintos grupos de tratamiento pueden reunirse fuera del contexto del estudio y comentar entre sí los tratamientos que están recibiendo. La asignación a grupos naturales (p. ej., la comparación de dos colegios de escolares o de dos regiones geográficas) puede ser preferible al proceso de asignación aleatoria. En segundo lugar, el control mediante enmascaramiento puede no ser factible respecto a algunos tratamientos. A pesar de que ni el investigador ni el participante son capaces de diferenciar un comprimido real de un comprimido de azúcar (el comprimido de placebo), no existen equivalentes placebo evidentes respecto a algunos tratamientos. En tercer lugar, el simple hecho de participar en un estudio puede modificar el comportamiento de los participantes. La vigilancia y la evaluación efectuadas de manera regular a los participantes en un estudio pueden dar lugar por sí mismas a un efecto beneficioso.

En cuarto lugar, las personas que aceptan la participación en un ensayo clínico pueden no ser representativas de la población general de pacientes que sufren el problema investigado. Los criterios de participación en un ensayo clínico deben ser estrictos para garantizar la compatibilidad entre los diferentes grupos y para que las condiciones del estudio sean las mejores que permitan demostrar el efecto beneficioso del tratamiento. Otro problema es la disminución en el grado de cumplimiento del tratamiento debido a que el participante puede considerar la posibilidad de estar recibiendo un tratamien-

to placebo. Si a los pacientes se les dice que podrían recibir un placebo, pueden presentar una inclinación mayor a abandonar el tratamiento en el caso de que no experimenten efectos terapéuticos inmediatos.

«El mejor médico es el buen estado de ánimo.»

Píndaro, 500 a. C.

En sexto lugar, el uso de un tratamiento convencional en el estudio puede tener un carácter artificial y una relevancia escasa respecto a la práctica clínica, lo que puede inhibir una estrategia más flexible y centrada en el paciente. Por tanto, el estudio no sería una evaluación real del tratamiento tal como se utiliza en la práctica clínica y las necesidades de los participantes pueden entrar en conflicto con los requerimientos planteados por los investigadores. Además, a menudo se hace caso omiso de las variaciones individuales en la respuesta en los análisis de los resultados, en los que generalmente sólo se consideran las respuestas promedio obtenidas en cada grupo. Los pacientes que han evolucionado peor con el tratamiento pueden no recibir la atención suficiente en el análisis de los resultados, a menos que sufran efectos adversos especialmente manifiestos.

En octavo lugar, se pueden plantear problemas éticos en diversos contextos, sobre todo cuando se utilizan tratamientos placebo y también en los casos en los que los pacientes o los investigadores muestran una preferencia marcada por un tratamiento en comparación con los demás. En noveno lugar, el criterio principal de valoración fundamentado en la evaluación clínica y en pruebas de carácter objetivo puede reflejar la perspectiva del paciente respecto a lo que constituye una modificación importante y beneficiosa. Los pacientes pueden estar más preocupados por la calidad de sus vidas, un parámetro que puede no estar relacionado estrechamente con las modificaciones de los parámetros bioquímicos ni con otros indicadores de la enfermedad.

Por último, la preocupación por la eliminación del efecto placebo al evaluar un tratamiento en relación con un placebo comparable puede significar la falta de atención a variables psicológicas importantes. Las características de los terapeutas y la actitud de los pacientes con respecto al tratamiento no se suelen evaluar en el contexto médico a pesar de que determinan de manera importante el grado de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, así como su actitud hacia la enfermedad.

«La medicina cura a la persona que no está destinada a morir.»

Proverbio

La idea en síntesis: la susceptibilidad influye en el resultado del tratamiento

03 Las adicciones

«Todas las formas de adicción son malas, con independencia de si el elemento adictivo es el alcohol, la morfina o el idealismo.»

Carl Jung, 1960

Muchas personas contemplan las adicciones sobre todo en términos de sustancias o drogas. Hay una larga lista de sustancias respecto a las cuales las personas pueden presentar adicción, entre las cuales están el alcohol, los estimulantes (como la cocaína), los opiáceos, los alucinógenos, la marihuana, el tabaco y los barbitúricos.

La adicción implica el consumo o la exposición a algo y, después de ello, el ansia de repetir la experiencia una y otra vez. Con el paso del tiempo la adicción queda establecida. El consumo se vuelve habitual y cada vez mayor, y los adictos saben que su hábito es caro, insano y tal vez ilegal, aunque aparentemente son incapaces de abandonarlo. Es un proceso complejo en el que están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales.

«Brindamos a la salud de los demás al tiempo que arruinamos la nuestra.»

Jerome K. Jerome, 1920

Los investigadores de las adicciones están interesados en las razones por las que algunas sustancias o actividades concretas tienen la propiedad de inducir una adicción. Otros están fascinados por las razones que hacen que algunas personas sean más susceptibles que otras. Por último, algunos científicos están preocupados por los factores y las características ambientales y sociales que hacen que las adicciones sean más o menos probables, mientras que otros estudian los intentos de abandono del hábito y las recaídas en la adicción.

Dependencia en comparación con abuso En lo que se refiere a los medicamentos, la bibliografía psiquiátrica diferencia los conceptos de dependencia de la sustancias y de abuso de las sustancias. Ambos términos tienen un significado de carácter técnico. La *dependencia* muestra características muy específicas como la tolerancia (el paciente debe consumir una cantidad cada vez mayor de la sustancia para conseguir un efecto cada vez más limitado); sintomatología de abstinencia (que aparece cuando se deja de tomar la sustancia); obsesión por quedarse sin la sustancia; deterioro de todas las actividades sociales, laborales y de ocio, y uso continuado de la sustancia a pesar del conocimiento por parte del paciente de todo el daño que le causa a él y a los demás.

El concepto de *abuso* implica el uso de la sustancia por parte del paciente a pesar de que es consciente de la necesidad de cumplir diversas obligaciones

Cronología

1875
La ciudad de San Francisco prohíbe el opio

1919-1933
Prohibición en Estados Unidos

Tabaquismo

Las dos adicciones más estudiadas son el tabaquismo y el consumo de alcohol. En la mayor parte de los países occidentales todavía fuma aproximadamente entre el 25 y el 33 por 100 de las personas y se considera que el tabaquismo es la causa de alrededor de la tercera parte de los cánceres. El consumo de cigarrillos es en la actualidad un «hábito estigmatizado» debido a numerosas razones. Los factores que hacen que una persona comience a fumar (presión social, modelos de rol) son a menudo distintos de los que mantienen posteriormente el hábito. La nicotina es un potente estimulante: incrementa la frecuencia cardíaca y la presión arterial; disminuye la temperatura corporal; introduce cambios en las concentraciones de las hormonas liberadas por la hipófisis (una glándula que controla las hormonas), y estimula la liberación de adrenalina. La liberación de dopamina en el cerebro hace que la nicotina tenga un carácter muy adictivo. Lo más importante es que se mantiene el hábito debido a los síntomas de abstinencia: ansiedad, cefaleas, irritabilidad e insomnio. El abandono del tabaquismo da lugar a efectos inmediatos y a largo plazo.

Muchas personas intentan reducir su consumo de cigarrillos y abandonar el hábito. Los gobiernos utilizan la publicidad de la prohibición, la restricción de las ventas y de las zonas de consumo, y el incremento del precio de los cigarrillos, con resultados modestos; también llevan a cabo campañas de salud y educación. La gente intenta probar todos los métodos, desde los parches y el chicle de sustitución de la nicotina hasta la psicoterapia y la hipnosis, y —por último— la fuerza de voluntad. Dado que la necesidad de consumir un cigarrillo está relacionada con numerosos factores (visuales, olfatorios, fisiológicos y sociales), muchos fumadores consideran que es imposible abandonar el hábito.

escolares, domésticas y laborales; el uso de la sustancia en situaciones peligrosas (mientras se conduce, en el trabajo); el consumo de la sustancia a pesar de que ello es ilegal, y el uso de la sustancia a pesar de los efectos adversos persistentemente negativos de la misma.

La personalidad adictiva La idea original fue que algunas personas muestran un perfil, defecto o vulnerabilidad que les hace presentar una tendencia mayor a padecer adicciones específicas o de cualquier tipo. Sin embargo, este concepto no ha sido aceptado. Algunos psiquiatras contemplan la adicción como una consecuencia de la enfermedad mental, tal como la depresión o el trastorno de la personalidad antisocial. La idea es que las personas que llevan a cabo comportamientos de riesgo y también las que padecen trastornos mentales son vulnerables a la dependencia con respecto a una droga que utilizan como una especie de muleta. Estas personas tiene más posibilidades de experimentar y hacer caso omiso, o quitar importancia, a cualquier consecuencia potencialmente adversa.

1935	Década de 1960	Década de 2000
Creación de Alcohólicos Anónimos	La contracultura defiende el consumo de sustancias psicoactivas	Proliferación de la prohibición de fumar en los lugares públicos

Criterios psiquiátricos relativos a la dependencia de sustancias

Patrón de apariciones de alteraciones o dificultades, producidas por el consumo de sustancias adictivas, manifestadas a través de muchas de las características que se citarán a continuación y que aparecen en cualquier momento después de un periodo seguido de doce meses de abstinencia.

1. Tolerancia, que significa la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir un estado de intoxicación o el efecto deseado, o bien la disminución importante del efecto tóxico con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia.
2. Aparición de un síndrome de abstinencia respecto a una sustancia específica o respecto a una sustancia estrechamente relacionada con la anterior que se consume para aliviar o evitar la sintomatología de abstinencia.
3. A menudo el paciente consume cantidades cada vez mayores de la sustancia o bien la consume durante un período de tiempo superior al que pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos inútiles para reducir o controlar el uso de la sustancia.
5. El paciente dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para conseguir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
6. El paciente deja de realizar actividades sociales, familiares, laborales o de ocio importantes, o bien las reduce de manera importante, a consecuencia del uso de la sustancia.
7. El paciente sigue consumiendo la sustancia a pesar de que se da cuenta claramente de los problemas físicos o psicológicos persistentes y recurrentes que tal vez se deben a la sustancia o que son exacerbados por la misma.

Los terapeutas señalan que los adictos y las personas con dependencia de sustancias utilizan las drogas como mecanismo de compensación o de superación. Las drogas se usan para embotar los sentimientos, aliviar los estados emocionales dolorosos o disminuir los conflictos internos. Pueden aliviar la sensación de soledad o solucionar la falta de relaciones gratificantes con los demás. Las personas que consumen sustancias o drogas sienten que sólo pueden decir y hacer cosas cuando están bajo los efectos de éstas y, por tanto, con el tiempo muestran dependencia de una sustancia concreta para poder mantener una actividad social efectiva.

Vulnerabilidad genética Las adicciones muestran una tendencia familiar. Así, los hijos de los alcohólicos presentan una probabilidad de sufrir alcoholismo cuatro veces superior a la de los hijos de personas no alcohólicas. En estudios realizados sobre gemelos se ha demostrado claramente que el abuso de sustancias está relacionado con determinantes genéticos. Es probable que existan factores genéticos complejos que hagan que cada persona presente una respuesta biológica concreta e individual frente a las sustancias, posiblemente en relación con los sistemas de neurotransmisores. Por tanto, es posible que las personas que padecen adicciones estén llevando a cabo una forma de automedicación con sustancias que «corrigen» un desequilibrio bioquímico existente en su cerebro y que puede tener un carácter hereditario.

«El alcoholismo es simplemente una locura voluntaria.»

Séneca, 60 a. C.

Teoría de la reacción contraria Los sistemas reaccionan y se adaptan a los distintos estímulos mediante un proceso de reacción contraria a sus efectos iniciales. El deseo y después el ansia por algo que no existía antes de experimentar una droga aumentan con la exposición a la misma. Hay varios fenómenos que aparecen asociados a todo tipo de adicción y dependencia. El primero es el denominado *placer afectivo*, un estado de hedonismo físico y emocional que aparece tras el uso de la sustancia. Puede acompañarse de relajación o liberación del estrés, o bien de una sensación súbita de energía. Después está el fenómeno denominado *tolerancia afectiva*, que implica que la persona necesita una cantidad cada vez mayor de la sustancia para conseguir el mismo efecto que conseguía antes. El tercer fenómeno es el del *retraimiento afectivo*, que aparece cuando la persona no consume la sustancia.

De esta manera, la propia sustancia inicia un proceso que desencadena finalmente la reacción opuesta y que adquiere una envergadura cada vez mayor a medida que se repite la exposición. Es lo que se denomina *contraste afectivo*. Cuanto más se consume la droga, más negativa es la reacción dominante. De esta forma, la persona necesita finalmente la sustancia para alcanzar un estado neutro acompañado de muy poco placer.

Teoría del refuerzo positivo Las sustancias pueden hacer que una persona se sienta bien e incluso eufórica. En la década de 1960 se realizaron estudios sobre monos en los que se demostró que aquellos a los que se les permitía la «autoadministración» de morfina presentaban finalmente todos los signos de la adicción. Los investigadores se han interesado de manera creciente por los mecanismos cerebrales de recompensa estimulados por la sustancia, sobre todo en lo que se refiere a las regiones cerebrales y a los neurotransmisores que pueden estar implicados en los fenómenos de «recompensa natural», tal como el alimento y el sexo, en comparación con los estimulantes artificiales como las drogas y la estimulación cerebral eléctrica. Sabemos que las drogas incrementan las concentraciones sinápticas de dopamina en la región cerebral denominada núcleo accumbens. Así, hay una gran cantidad de sustancias que realmente inducen estados de euforia y que hacen que la persona desee repetir su consumo.

«La cocaína no induce dependencia; si lo sabré yo que la llevo utilizando años.»

Tallulah Bankhead, 1960

Teorías fundamentadas en el aprendizaje El consumo de drogas y los estados placenteros asociados al mismo se han relacionado con situaciones muy específicas, así como con imágenes y sonidos muy concretos. De esta manera, las personas asocian las sustancias con datos o recuerdos muy específicos. Si colocamos a una persona en un contexto concreto es posible que experimente el ansia por el consumo de una sustancia, como les ocurre a los alcohólicos en los bares. Los datos que le indican a una persona que puede conseguir de manera inminente la sustancia inducen un deseo intenso de su consumo que «tiene que ser cumplido como sea». En muchos sentidos estamos ante las antiguas teorías del conductismo y el condicionamiento.

La idea en síntesis: la mente causa y cura la adicción

04 Pérdida del contacto

La mayor parte de la gente se siente aterrorizada por la perspectiva de encontrarse a un esquizofrénico. Se considera muchas veces que estas personas están trastornadas y dementes, y que son individuos peligrosos, desquiciados, impredecibles e incontrolables. Probablemente, las películas y las novelas han contribuido más a perpetuar los mitos acerca de esta enfermedad que para explicarla. La esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por una alteración del razonamiento y las percepciones, los comportamientos y los estados de ánimo.

Incidencia La esquizofrenia afecta a una de cada cien personas y es la enfermedad mental de mayor gravedad. Aproximadamente la tercera parte de los esquizofrénicos necesitan el internamiento en instituciones asistenciales durante un largo período de tiempo; alrededor de la tercera parte de los pacientes muestra una remisión de su sintomatología y se puede considerar curado, y el tercio restante de los pacientes sufre períodos de crisis seguidos de períodos de «normalidad». Los esquizofrénicos son diferentes de las personas normales debido tanto a los síntomas que presentan (síntomas positivos, como por ejemplo oír voces o ver alucionaciones) como a las características de las que carecen (síntomas negativos, por ejemplo dejar de hablar). Tienden a padecer diversos trastornos del razonamiento (razonamiento desorganizado e irracional), ideas delirantes y alucinaciones. También suelen manifestar falta de energía e iniciativas y contactos sociales. Desde el punto de vista emocional son en muchos casos personas «planas», que muestran retraimiento y manifiestan pocos signos de placer o disfrute.

«La esquizofrenia no puede ser entendida fuera del contexto de la desesperación.»

R.D. Laing, 1955

La esquizofrenia suele tener consecuencias sociales y laborales muy serias. Los «episodios» pueden tener una duración prolongada y también pueden reincidir. En muchos casos, aunque no en todos, es una enfermedad de carácter debilitante y crónica.

Historia y errores de concepto Abundan los errores de concepto en relación con la esquizofrenia. El primero de ellos es que los esquizofrénicos son personas peligrosas, incontrolables e impredecibles, cuando la realidad es que muchos de estos pacientes son extraordinariamente tímidos y retraídos, y manifiestan gran preocupación por sus problemas.

Cronología

1893
Kraepelin describe la esquizofrenia

1908
Bleuler utiliza por primera vez el término «esquizofrenia»

El segundo es el de que los esquizofrénicos tienen una personalidad doble (como el doctor Jekyll y el señor Hyde), mientras que la realidad es que el desdoblamiento se manifiesta en los ámbitos emocional (afectivo) y cognitivo (razonamiento). En tercer lugar, muchas personas consideran que los pacientes que sufren esquizofrenia no se pueden recuperar nunca y, que una vez que se establece el diagnóstico de esta enfermedad, el paciente siempre será un esquizofrénico.

Hasta finales del siglo XX no se llevó a cabo el primer intento de introducir un sistema de clasificación psiquiátrica, lo que sí hizo Emil Kraepelin, un psiquiatra alemán. Una de las enfermedades que incluyó fue la que denominó demencia precoz, que significa un deterioro en las primeras etapas de la vida y que Kraepelin describió con las características conductuales que todavía hoy en día se consideran típicas de la esquizofrenia. Este psiquiatra alemán influyó de manera muy importante en el campo de la psiquiatría con su creencia de que la causa de la esquizofrenia, y —por lo tanto— su curación, dependía de los métodos biomédicos. Sin embargo, otro psiquiatra alemán, Adolph Meyer, argumentó a comienzos del siglo XX que la esquizofrenia no tenía un fundamento fisiológico y que se debía a la aparición de problemas tempranos en el aprendizaje que daban lugar a un desarrollo insuficiente de los procesos interpersonales.

Discusión conceptual

El término diagnóstico «esquizofrenia» es una causa importante de discusión y debate entre los psiquiatras, los grupos de pacientes y la sociedad en general. La objeción más habitual que se le pone es la de que es un término «cajón de sastre» que carece de utilidad debido a que cubre una gama muy amplia de enfermedades diversas con sintomatología y causas diferentes. Por tanto, es un diagnóstico poco fiable. Algunas personas defienden el concepto de *esquizotipia*, que denota un espectro continuo de las características de la personalidad y de las experiencias en relación con las psicosis, especialmente con la esquizofrenia. Es un concepto distinto del relativo al punto de vista categórico, que propone el hecho de que una persona sufre o no sufre el problema, sin niveles intermedios.

Clasificación La clasificación de la esquizofrenia es compleja debido a la gran diversidad de los síntomas con los que cursa. Entre ellos, ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada (incoherencia, asociaciones inadecuadas o uso de palabras sin sentido), comportamiento desorganizado (ropa, postura corporal e higiene personal), emociones negativas y apagadas, escaso conocimiento de los problemas propios y depresión.

Dadas las complicaciones que conlleva el diagnóstico, se han definido varios subtipos. Así, existe una esquizofrenia *paranoide* y una esquizofrenia *catatónica*. Los enfermos catatónicos adoptan a menudo posturas extrañas y estáticas durante largos períodos de tiempo. Los esquizofrénicos paranoides muestran ideas delirantes de control, de grandeza y de persecución, y sospechan constantemente de

1933
T. S. Eliot habla del «desdoblamiento de la personalidad»

1946
MIND: Fundación de esta institución benéfica relacionada con la salud mental

Década de 1950
Desarrollo de los primeros fármacos antipsicóticos efectivos

«Psicofrenia: un intento adecuado de inadaptación a las realidades pseudosociales.»

R. D. Laing, 1955

las personas que los rodean. Los pacientes que sufren la denominada esquizofrenia *desorganizada* manifiestan razonamientos y lenguaje extraños con estallidos emocionales súbitos e inadecuados. Algunos psiquiatras consideran la existencia de una esquizofrenia *simple* o *indiferenciada*. Otros han separado la esquizofrenia *aguda* (de inicio súbito y de grado intenso) de la esquizofrenia *crónica* (inicio prolongado y gradual). Otra distinción es la que existe entre el tipo I (que cursa principalmente con síntomas positivos) y el tipo II (que cursa fundamentalmente con síntomas negativos).

Aún no existe un acuerdo completo respecto a los subtipos o los «déficits» precisos en la actividad, a pesar de que suelen categorizarse estos déficits bajo cuatro epígrafes: cognitivos o de razonamiento; perceptuales o de visión; motores o de movimientos, y emocionales o de sentimientos. Los investigadores siguen estudiando las causas o el origen de las áreas de «vulnerabilidad» que hacen que algunas personas desarrollen esquizofrenia. En este sentido, se están realizando estudios genéticos cada vez más sofisticados y también estudios en los que se evalúan de manera concreta las complicaciones del embarazo y de las experiencias traumáticas infantiles, el funcionamiento cerebral y las influencias familiares y culturales.

Los investigadores, así como los médicos y la gente sana, tienden a asumir diferentes enfoques que pretenden describir la causa y la curación de la esquizofrenia. Básicamente, estos enfoques pertenecen a los modelos biológico, genético, bioquímico y estructural cerebral, por un lado, y al modelo sociopsicológico centrado en los problemas de comunicación y en el castigo en las primeras etapas de la vida, por otro. Lo cierto es que los avances en los campos de la genética conductual y de la neurociencia han incrementado el interés por los modelos biológicos de causa y curación.

El modelo médico Según este modelo, los esquizofrénicos son denominados en la mayor parte de los casos «pacientes», residen en «hospitales» y son «diagnosticados», además de que tienen un «pronóstico» y de que más tarde reciben un «tratamiento». El modelo médico considera la alteración de la función mental en el paciente esquizofrénico principalmente como una consecuencia de alteraciones físicas y químicas localizadas básicamente en el cerebro. Los resultados obtenidos en estudios efectuados sobre gemelos y sobre niños adoptados han convencido a la mayor parte de los investigadores de la existencia de un factor genético. Otros investigadores se han concentrado en la bioquímica cerebral. Algunos de ellos han propuesto la hipótesis de la existencia en los esquizofrénicos de alteraciones cerebrales, posiblemente causadas por un virus. El tratamiento consiste sobre todo en la aplicación de medidas de tipo médico y que, por lo general, se lleva a cabo mediante el uso de fármacos neurolépticos (antipsicóticos) y, en ocasiones por procedimientos quirúrgicos.

El modelo moral-conductual Según este modelo, los esquizofrénicos son considerados personas que sufren debido a su comportamiento «pecaminoso» o problemático en el pasado. Una parte importante del comportamiento esquizofrénico contraviene los principios morales o legales y este elemento es clave para comprender y curar la enfermedad. El tratamiento es con mucha diferencia la parte más importante del modelo moral-conductual, que prácticamente es rechazado por la totalidad de los países desarrollados en

la época actual. Con independencia de que el comportamiento se pueda considerar pecaminoso, irresponsable, mal ajustado o socialmente desviado, el elemento clave es la modificación del mismo de manera que llegue a ser socialmente aceptable. Los métodos utilizados van desde las exhortaciones morales simples hasta las técnicas conductuales complejas como la denominada «economía de fichas» (un método de modificación del comportamiento), el control verbal del comportamiento y las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales.

«Se ha propuesto la hipótesis de que una persona que mantiene un vínculo doble puede desarrollar síntomas de esquizofrenia.»

G. Bateson, 1956

El modelo psicoanalítico El modelo psicoanalítico difiere de los demás por el hecho de que es interpretativo y considera al paciente como un agente capaz de realizar acciones significativas. Más que contemplar al esquizofrénico como alguien sobre el que «actúan» diversas fuerzas (tanto biológicas como ambientales) que hacen que se comporte de cierta manera, la concepción psicoanalítica aborda las intenciones, los motivos y las razones de los pacientes. Este modelo propone que las causas primarias de la esquizofrenia están en las experiencias tempranas excepcionales o traumáticas, o bien en la falta de solución de alguna etapa crítica del desarrollo emocional. El comportamiento de la persona que sufre esquizofrenia es interpretado de manera simbólica y la descodificación de ello corresponde al terapeuta. El tratamiento básico que ofrece este modelo es la terapia individual y, a largo plazo, con un psicoanalista formado.

El modelo social En este modelo la enfermedad mental es contemplada en parte como un síntoma de una sociedad «enferma» (otros síntomas serían la elevada tasa de divorcio, el estrés laboral, la delincuencia juvenil o la elevada tasa de drogadicción). Las presiones que ejerce el mundo moderno actúan con mayor intensidad sobre las personas económicamente desfavorecidas y con dificultades, por lo que son ellas las que parecen sufrir con mayor incidencia lo que denominamos «enfermedad». Este modelo no propone ninguna forma de tratamiento individual. Lo que propone es un cambio social a gran escala con objeto de reducir el estrés que sufren los individuos y, de esta manera, la incidencia de la enfermedad mental.

El modelo conspirativo La teoría conspirativa es quizá el modelo conceptual más radical de la esquizofrenia en el sentido de que niega la existencia de la enfermedad mental (como enfermedad física) y, así, se opone directamente al modelo médico. La enfermedad mental no es «algo que presenta la gente» sino «algo que la gente hace o que la gente es». Los diagnósticos psiquiátricos son, según este modelo, simples etiquetas de estigmatización que se aplican a las personas cuyo comportamiento ofende o molesta a los demás, y que se utilizan para el control de la actividad excéntrica, radical o políticamente peligrosa.

La idea en síntesis: el concepto de esquizofrenia ha evolucionado

05 No soy neurótico, soy diferente

«Toda nuestra vida está marcada por la ansiedad respecto a la seguridad personal y a la realización de lo necesario para poder sobrevivir, de manera que realmente nunca llegamos a vivir en absoluto.»

Lev Tolstói, 1900

Desde hace mucho tiempo hay personas que rechazan el poder, las prácticas y las pretensiones de los psiquiatras. Los críticos, los disidentes y los reformadores han llevado a cabo en las diferentes épocas y los distintos países ataques ardientes contra la psiquiatría académica y biológica convencional.

Política y psiquiatría A medida que la psiquiatría se convirtió progresivamente en una especialidad médica establecida e institucionalizada, aparecieron de manera inevitable detractores que rechazaban tanto el poder de los psiquiatras como los diagnósticos que utilizaban en forma de etiquetas. Hay numerosos casos de artistas y escritores, así como de grupos de pacientes, que se han opuesto de manera enérgica a los tratamientos concretos (medicamentos, electroshock y cirugía) de las enfermedades «mentales». Hubo casos famosos en la Alemania nazi y en la Rusia soviética que ilustran hasta qué punto la psiquiatría se utilizó como una herramienta política para la represión. En algunas situaciones, los psiquiatras parecen formar parte del aparato represivo del Estado.

Los críticos pertenecientes al grupo de la antipsiquiatría cuestionaron tres aspectos: la medicalización de la locura, la propia existencia de la enfermedad mental y el poder de los psiquiatras para diagnosticar y tratar a ciertas personas con problemas de tipo compulsivo. La antipsiquiatría era algo más que un movimiento contrario a la reclusión de los pacientes; a menudo fue una corriente antiestatalista y casi anárquica. Consideraba que muchas de las instituciones estatales, especialmente los hospitales psiquiátricos, distorsionaban y reprimían el espíritu humano y la posibilidad de desarrollo de los distintos grupos sociales.

El término «antipsiquiatría» se empezó a utilizar en la década de 1960. Hubo diversas ramas de las distintas tendencias que se agruparon bajo este término genérico. Quizá de manera paradójica, los críticos más comprometidos fueron los propios psiquiatras.

Cronología

1960	1961
Szasz, *El mito de la enfermedad mental*	Goffman, *Asylums*