

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/256812433>

# El modelo biopsicosocial en evolución

Article in *Medicina Clínica* · December 2002

DOI: 10.1016/S0025-7753(02)73355-1

---

CITATIONS

23

READS

2,702

1 author:



**Francesc Borrell-Carrió**  
University of Barcelona

116 PUBLICATIONS 1,200 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



GEHUCT, red de investigación en Filosofía de la epidemiología [View project](#)

## El modelo biopsicosocial en evolución



Francesc Borrell i Carrió

Grupo Comunicación y Salud. España. Profesor Asociado de Medicina de Familia. Universidad de Barcelona. ABS Gavarrà. ICS Cornellà de Llobregat. Barcelona.

En 1977 Engel postuló la necesidad de un modelo médico holístico –que él llamó biopsicosocial– como respuesta a otro modelo, el biomédico, dominante en las sociedades industrializadas de mediados del siglo xx<sup>1</sup>. Su propuesta tuvo una buena acogida por parte de los sectores deseosos de incorporar la empatía y la compasión en la práctica médica. Examinaremos de manera crítica las dos vertientes que nos propone el modelo biopsicosocial<sup>2</sup>: a) un modelo de causación superador del modelo clásico de causa-efecto, y en este sentido se postula como «un nuevo paradigma en la medicina», y b) la apuesta por dar la palabra al paciente en el proceso asistencial, pasando de ser mero objeto a ser sujeto del acto clínico. Defenderemos la aplicación de este modelo como una perspectiva compatible con la parsimonia del método científico y abierto a la medicina basada en pruebas-evidencias.

### Algunas afirmaciones clave de Engel

Engel (1977) creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social. Recordemos que en aquellos años la ciencia deja de separar para empezar a ensamblar, y así nace la ecología, la teoría del caos o, en el campo de la psicología, la terapia familiar sistémica. En todos estos casos se adivina el esfuerzo por dibujar un cuadro amplio de la realidad y descubrir relaciones inaparentes, por ejemplo, entre cáncer y estrés, personalidad y enfermedad cardiovascular, o asma y relaciones intrafamiliares. Engel no negaba que la corriente biomédica había aportado grandes avances a la medicina, pero la criticaba –de manera brillante– por varias razones:

1. Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivarse enfermedades o «dolencias» que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica.
2. La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada.
3. Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse.
4. La aceptación del rol de enfermo no viene determinado de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica.
5. El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo, entre otros.
6. Además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento.

Correspondencia: Dr. F. Borrell i Carrió.  
CAP Cornellà. Bellaterra, 39.  
08940 Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Recibido el 11-2-2002; aceptado para su publicación el 19-2-2002.

### Un excesivo peso de la ideología

Como corriente de pensamiento que trataba de compensar la deshumanización de la medicina, Engel lanzó estas ideas no sólo como propuesta científica, sino también como propuesta ideológica formadora de «escuela». A la larga ello siempre pasa algún tipo de factura. En concreto afirmaba que: a) la biomedicina era dualista, es decir, que entendía al ser humano compuesto por mente y cuerpo. Esta concepción explicaba, a su manera de ver, que muchos médicos separaran «la máquina-cuerpo» de la «biografía» y las «emociones» de la persona, sin establecer puentes entre ambas esferas. De aquí que un médico con esta concepción dualista fuera ciego a muchas realidades clínicas, sólo comprensibles cuando se integra lo psicosocial en lo orgánico, y se entiende el organismo humano como algo más que una simple máquina. Pensemos, por ejemplo, en una persona sujeta a un fuerte estrés emocional que precipita una arritmia cardíaca; b) afirmaba también que la biomedicina defendía un modelo causal «clásico» de causa-efecto, cuando la realidad es mucho más compleja, con una serie de sistemas que interactúan unos con otros: el sistema familiar con la personalidad, los hábitos de vida con la biología del sujeto, etc. Pocas entidades morbosas pueden interpretarse desde la simplicidad de «tal germen tal enfermedad», sino como una multitud de causas. Más tarde estas ideas condujeron a formular el modelo de causalidad circular, y c) finalmente el desarrollo del modelo biopsicosocial en su vertiente de práctica clínica ha dado lugar al llamado «modelo centrado en el paciente», que recomienda de forma vehemente averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerle participar en un plano de igualdad en la toma de decisiones.

Las tres afirmaciones tienen parte de verdad, pero también insuficiencias que lastran el desarrollo del modelo, y que pasamos a comentar. En la última parte del artículo el lector encontrará una propuesta de modelo biopsicosocial abierto a la medicina basada en pruebas.

### Monismo frente a dualismo

La crítica de Engel sobre la necesidad de «atar cabos» entre lo orgánico y lo psicosocial era muy acertada, pero afirmar que quien lo hace es «monista» y quien no, «dualista» es usar estos términos de manera poco escrupulosa. Popper y Eccles<sup>3</sup> distinguen entre dos tipos de monismo y dualismo:

1. *Monismo fisicalista*: cree que todas las enfermedades se deben a una disfunción corporal. La conciencia humana no puede ser materia científica, y la experiencia subjetiva de las personas debe rechazarse a favor de la observación de sus actos públicos y notorios. La conciencia se construye desde fenómenos físicos y somáticos, y la distinción entre cerebro y mente carece de base científica. No hay *software* mental: hay neuronas funcionando, conexiones fisicoquímicas, actividad eléctrica. Asimilable al conductismo más estricto, o a la psiquiatría biológica también más estricta. Una variante sería el monismo neutral de Russell<sup>4</sup>, que renueva Damasio<sup>5</sup>, que no niega lo mental, pero lo deriva siempre de los fenómenos físicos.

2. *Monismo idealista*: cree que los estados de la mente causan las alteraciones corporales, pues el cuerpo es una representación del espíritu. Las enfermedades serían expresión de un desarreglo mental (de la energía vital, o de la misma voluntad o de una representación que tenemos de nosotros mismos), y de la misma manera, mediante técnicas mentales, resulta posible vencer el cáncer, la diabetes y otras enfermedades consideradas incurables. Las enfermedades simbolizan «externamente» desarreglos «internos» del espíritu. Hay en definitiva una voluntad de vivir o de enfermar (incluso de morir), que no resulta obvia al ser humano, pero que explica los «movimientos individuales hacia la vida o la muerte», en palabras de uno de sus defensores<sup>6</sup>. No es una realidad física la que construye la conciencia humana, sino la conciencia humana la que construye una apariencia de realidad física. Algunas medicinas alternativas y algunos seguidores de la escuela biopsicosocial han caído en esta desviación idealista, incapaces de percibir el matiz entre monismo fiscalista y monismo idealista (en realidad Engel tampoco introduce este matiz).

3. *Dualismo paralelista*: es el tipo de dualismo clásico, defendido por Descartes. Los paralelistas creen que mente y cuerpo son como la cara y la cruz de una misma moneda. Un episodio depresivo puede verse como sufrimiento psicológico o como falta de neurotransmisores, según la perspectiva de visión. Ambos mundos están unidos en la apariencia, pero a la vez son paralelos, sin posible influencia. No hay interacción, y por consiguiente, en sentido estricto, un antidepresivo no curará la mente, ni la mente influirá sobre el cuerpo. Puedo curar mi cuerpo pero, si mi mente continúa estando enferma, mi cuerpo volverá a enfermar. Desde este punto de vista la medicina suele ser un parche si no se cura –o equilibra– de manera paralela la mente. Para esta perspectiva «mi» conciencia de existir es inaccesible a la ciencia. Nunca podrá existir, para los seguidores del modelo paralelista, un ordenador que tenga consciencia.

4. *Dualismo interaccionista*: es el dualismo moderno, defendido por Popper y Eccles<sup>3</sup>. Entienden que la realidad física –el cerebro– sustenta la conciencia humana, pero gana cierta autonomía sobre las leyes físicas. El ser humano tiene un *hardware* y un *software* que interaccionan, aunque esta interacción es muy distinta de la que tiene un ordenador. Algunas conductas, por ejemplo, las heredamos, otras son congénitas, y otras las programamos nosotros mismos en interacción con el medio. Por consiguiente, hay enfermedades derivadas de la biología, otras derivadas de disfunciones psicosociales, y una mezcla de ambas, interaccionando en todo caso según leyes que cabe descubrir, en ningún caso en un *totum revolutum*. Además, y esta idea es capital, la escisión entre *hardware* y *software* en el ser humano no sería equivalente a la distinción entre cuerpo y mente. Una parte de lo que entendemos por mente es *hardware* no directamente programable: es la parte de la mente que percibe sensaciones y las codifica de manera automática. Otra parte de la mente sí es programable: analiza y opera con estos datos brindados por la percepción. Si no tuviéramos esta escisión entre un yo que percibe y un yo que interpreta (e imagina), jamás habríamos creado el lenguaje.

Tizón<sup>7</sup> afirma que hay que ser «monista ontológico y dualista epistémico». Con esta sencilla frase indica que, en el plano de la existencia, la mente es producto de la actividad material del cerebro, y por tanto reducible a fenómenos físicos. Pero cuando nos ponemos a investigar los productos derivados de la actividad mental, debemos aceptar un dualismo, porque, dicho de manera sencilla, las propiedades emergentes que configuran la psicología humana no son reducibles a la física<sup>8</sup>.

Engel posiblemente hubiera estado de acuerdo con estas ideas, porque muchas afirmaciones suyas revelan un dualismo interaccionista de base. En realidad él criticaba una práctica clínica, no una creencia filosófica. El error último de Engel era pensar que los médicos fríos y técnicos actuaban así por convicciones filosóficas, no por simple pereza o comodidad (no olvidemos que para una cultura americana fuertemente calvinista la pereza no existe; necesitan siempre explicaciones más racionales). Por desgracia esta confusión en los conceptos filosóficos fue asimilada por toda su escuela, llevando a que neurobiólogos como Damasio se declaren monistas<sup>9</sup>, con serias dificultades para conciliar esta posición con sus hallazgos. El mismo Damasio está a un paso de estas conclusiones –y de abrazar el dualismo– cuando introduce el análisis del conocimiento. Así afirma: «Nos guste o no, en la mente humana normal existe algo así como una sensación de ser mientras vamos por ahí conociendo cosas. Nos guste o no, la mente humana está constantemente partida, como una casa dividida, entre la parte que representa lo que se conoce y la parte que representa al que conoce»<sup>10</sup>. Sólo el concepto erróneo de que el dualismo tiene que ser forzosamente una escisión «en paralelo» entre mente y cuerpo, le impide reconocer el modelo dualista moderno. Como decíamos antes, nuestro modelo propone que la escisión se produce entre dos planos de la mente: la que percibe frente a la que conoce.

#### Causalidad circular frente a causalidad estructural

En el modelo de causalidad circular toda una serie de factores se influyen mutuamente para dar lugar a una situación clínica concreta. Primar un solo aspecto es parcelar una realidad enormemente compleja. Afirmar, por ejemplo, que un defecto genético conduce a la esquizofrenia es pasar por alto los aspectos sociofamiliares que pueden desencadenar o contener la aparición de dicha enfermedad.

Este modelo tiene también parte de razón, y de hecho queda corroborado por algunos modelos matemáticos posteriores a su enunciación. Sin embargo, se olvida que intervenir sobre la realidad es caer siempre en un modelo de causalidad estructural (modelo que jerarquiza las causas en necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas). Veamos por qué.

Si yo pienso que el paciente J es hipertenso porque come mucha sal, tiene estrés laboral y una personalidad en exceso responsable, sigo un modelo circular, y posiblemente todas estas afirmaciones sean correctas. Pero cuando me inclino por recomendarle un antihipertensivo, o bien comer sin sal, o un curso de relajación, o una psicoterapia para modificar su excesiva tendencia a la culpa, estoy jerarquizando las causas: ¿cuál de ellas influye más y es más vulnerable a mi acción?; ¿en qué estrategia voy a gastar mis energías limitadas? En realidad el clínico es filosóficamente pragmático, y se pregunta: ¿cuál es la diferencia entre adoptar tal o cual estrategia terapéutica?, ¿cuál es el valor añadido de cada opción? Por mi experiencia previa, ¿con qué recomendación obtendré mayor éxito con menor inversión energética? El modelo de causalidad estructural diferencia entre causa necesaria, desencadenante, coadyuvante y asociada, y ello permite decisiones pragmáticas. En cambio, el modelo de causalidad circular ayuda ciertamente a la descripción de los fenómenos, ayuda a comprender una realidad compleja, pero requiere después de este tamiz que indique el peso y la calidad de cada factor. Sin una visión circular posiblemente nos quedemos pobres a la hora de formular modelos, pero sin la causación estructural no hay práctica clínica que distinga lo vulnerable y eficiente de

lo que no lo es. El modelo de causación circular como camino (como heurístico que abre a otras posibilidades) es un hábito mental necesario para cualquier investigador, incluso para el clínico, pero cuando nuestro propósito es elevar a guía clínica una estrategia terapéutica, debemos adoptar un modelo de causación estructural. En la tabla 1 hemos seleccionado algunas afirmaciones que no tendrían la parsimonia que exige el método científico.

### El modelo centrado en el paciente

La perspectiva biopsicosocial nos ha lanzado una grave advertencia: tenemos que incorporar al paciente como sujeto –no mero objeto– del proceso asistencial. Nace así una práctica del modelo que Bartz llama dialógica<sup>11</sup> y que partiría de un supuesto: la realidad de cada persona, de cada paciente, se interpreta –se crea y recrea– a través del diálogo<sup>12</sup>, y en este diálogo aparece una narrativa del paciente que es necesario comprender. Comprender no significa aceptar como verdaderas lo que son hipótesis o creencias del propio paciente (¡cuántas veces los médicos tomamos una cefalea por tensional sencillamente porque así lo supone el paciente!). Tampoco negarlas. Su valor en todo caso es doble, como vivencia humana pero también como datos semiológicos:

1. Como vivencia humana el médico deberá ser también muy cauto al establecer –o dar pábulo– a creencias del tipo: «aquella discusión familiar pudo agravar su enfermedad cardíaca», porque cuando analizamos casos únicos, tanto las percepciones subjetivas como la medicina basada en evidencias tienen importantes limitaciones. Evitará culpabilizar (p. ej., «¡si no hubiera fumado tanto!»), o interpretar (p. ej., «cada vez que hay peleas sus mareos empeoran, ¿se da cuenta?»). Nuestras palabras también pueden ser iatrogénicas<sup>13</sup>, ¡tanto más cuando sabemos escuchar!

2. Y por supuesto como datos semiológicos: sospechar un síndrome depresivo o una enfermedad de Parkinson por pequeños cambios en la quinésica o el paralenguaje del paciente está en el elenco de habilidades que debe incorporar el clínico. En el proceso de escuchar y comprender al ser humano tenemos mucho camino por recorrer: hay que avanzar hacia «una teoría de la dolencia», una comprensión del sufrimiento<sup>14-17</sup>.

El modelo dialógico ha merecido diferentes desarrollos, entre los que por su importancia destaca el llamado modelo centrado en el paciente<sup>18-20</sup>. Desde esta perspectiva se insiste en interpretar el proceso de enfermar a través de la subjetividad del paciente. Dar la palabra al paciente, dejarle participar en las decisiones, averiguar las expectativas que tiene, mostrarse el profesional como ser humano, son puntos capitales del modelo (tabla 2). Este modelo pone el acento en un trato de adulto a adulto, en un plano de igualdad, cuidando mucho cómo usa el profesional su poder. Es un modelo nacido en los años sesenta y setenta al socaire de las transformaciones sociales contra el autoritarismo, y como tal muy crítico con los modos paternos. Su traslación mecánica a nuestra sociedad ha merecido varias reacciones: a) no está claro que los pacientes españoles deseen participar en las decisiones en la misma medida que los de cultura anglosajona<sup>21-23</sup>; b) tampoco parece buena idea imponer la autonomía a pacientes que no la desean<sup>24</sup>, y c) el modelo no tiene en cuenta la adaptación necesaria del profesional a la cultura de cada comunidad. Por ejemplo, en nombre de la autonomía se le dice «toda la verdad» a un paciente neoplásico sin darle también la posibilidad de «no saber», o no querer saber, y delegar dicho conocimiento en

TABLA 1

### Afirmaciones atribuidas al modelo biopsicosocial que no serían asumibles en la versión abierta de dicho modelo

1. La escucha empática y humana supera y deja obsoleta la escucha semiológica  
*Comentario:* ambas son complementarias. La escucha semiológica atesora un enorme capital de inteligencia de muchos clínicos, que han sido capaces de aislar signos predictivos de situaciones clínicas
2. Las etiquetas diagnósticas introducen una simplificación de la realidad. El clínico debería describir más que etiquetar  
*Comentario:* esta frase es claramente acientífica. Los diagnósticos son la base de la medicina científica. Conceptualizan las diferentes entidades mórbidas, y para nada son incompatibles con una descripción pormenorizada del caso único. La gracia del clínico reside, justamente, en complementarlas
3. Todo proceso de enfermar, e incluso todo padecimiento, debería activar una respuesta en los tres planos –biológico, psicológico y social–, pues en los tres se origina y en los tres tiene repercusión  
*Comentario:* aquí casa perfectamente el principio pragmático que nos dice: hay que activar aquellas respuestas terapéuticas que signifiquen mejora, a un precio razonable y con el mínimo riesgo
4. Antes de intervenir debemos tener un conocimiento biopsicosocial profundo del paciente  
*Comentario:* no siempre es posible. El tiempo de realizar un abordaje integral siempre lo paga alguien. Este precio debe cotejarse con el de solventar el problema sin dicho conocimiento integral, y ponderar si está éticamente justificado
5. Habrá un momento en que los diagnósticos biológicos tal como los conocemos serán sustituidos por otros diagnósticos biopsicosociales, que los dejarán obsoletos  
*Comentario:* es verdad, pero también puede ocurrir que algunas hipótesis nacidas de la perspectiva biopsicosocial sean enmendadas en sentido contrario. La demostración del papel etiopatogénico de *Helicobacter pylori* ha restado importancia a la hipótesis de la personalidad, por ejemplo

TABLA 2

### Relación centrada en el paciente: características operativas

- Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes
- Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas
- Favorece que los pacientes expliquen sus creencias y expectativas sobre sus enfermedades
- Facilita la expresión emocional de los pacientes
- Proporciona información a los pacientes
- Implica a los pacientes en la confección de un plan de abordaje y tratamiento

Tomada de Putnam y Lipkin, 1995<sup>19</sup>.

su familia<sup>25</sup>. Tizón<sup>26</sup> ha destacado en su modelo centrado en el consultante –formulado bastantes años antes que el modelo centrado en el paciente– esta dimensión ecológica como un valor *per se*. Debiéramos tomar nota.

Superando el análisis de poder, diríamos que en la relación asistencial tienen gran importancia las emociones con que cada profesional sabe inundar (o se deja inundar) en la mayor parte de sus actos clínicos. Existe un estilo emocional reactivo, por el que respondemos negativamente a las emociones de hostilidad o desconfianza que nos llegan. El paciente es quien marca el clima. En cambio, el estilo proactivo sabe ignorar un exabrupto del paciente con templanza, o incluso lo revierte con buen humor<sup>27,28</sup>, creando un clima de consulta –basado en un interés por la persona como tal– que en sí mismo es terapéutico. Para ello es importante que el clínico supere la tendencia a visualizar a los pacientes como «aquellos que me caen bien y aquellos otros que me caen mal». La verdadera empatía sólo puede surgir desde la amistad médica<sup>29,30</sup>, y la amistad desde la tolerancia y una comprensión profunda de la condición humana.

### ¿Una medicina sin empatía?

En el lado opuesto nos encontramos con algunas maneras de hacer medicina –je incluso de hacer escuela!<sup>31</sup>– que apuestan por la frialdad del técnico (o una deliberada antiempatía). Si lo que trato de reparar es una pierna, o los neurotransmisores, ¿qué utilidad puede tener la empatía? El resultado de mi acción terapéutica va a ser el mismo, porque la clave en la evolución del paciente no está en mi comprensión como ser que sufre, ni mucho menos en establecer un vínculo afectivo, sino en mi pericia para escoger una técnica quirúrgica o el psicofármaco idóneo. ¿Para qué invertir esfuerzos en una empatía que será, en el mejor de los casos, un epifenómeno del acto curativo? Los médicos que adoptan esta posición deben refugiarse en estímulos periféricos al paciente y al acto clínico para gratificarse: ganar prestigio o dinero, publicar, comunicar en congresos... Todo en vano, porque a la postre el sentido de ser clínico es visualizar el resultado de nuestra buena praxis en personas que nos son significativas, en pacientes con rostro humano. El síndrome del «médico quemado» puede ser la última parada de una práctica clínica que renuncia a la empatía.

### El modelo biopsicosocial como perspectiva compatible con la medicina basada en la evidencia

Cabe sin embargo –tal como avanza Bartz<sup>11</sup>– otra aplicación del modelo biopsicosocial, que él llama instrumental. Esta práctica, que nosotros defendemos como perspectiva abierta del modelo biopsicosocial, no hace del modelo centrado en el paciente ni de la causación circular una cuestión axiomática. Los contenidos y las emociones que impregnan la relación con nuestros pacientes son más importantes que la forma que en cada momento adopta dicha relación. Los aspectos fundamentales de la perspectiva biopsicosocial los apunta Epstein et al<sup>32</sup> (tabla 3), para quienes en cada padecimiento hay una interacción entre lo biológico y lo psicosocial, pero de ello no se deduce automáticamente que deba intervenir en todas las esferas. El modelo sería indicativo, pero no prescriptivo de tal o cual acción. De hecho buena parte de nuestra conducta deberá derivarse de las evidencias científicas (y aquí lanzan un interesante puente entre el modelo biopsicosocial y la medicina basada en la evidencia). Tampoco asumen que de la narrativa del paciente deba colegirse la verdad, sino que es un elemento de primer orden para lograr su acomodación psicológica. Nosotros añadiríamos: un diálogo esclarecedor con el paciente no equivale a un diálogo que descubra la etiología del padecimiento. He aquí una frontera entre posiciones idealistas y materialistas.

Esta visión abierta del modelo biopsicosocial (véase glosario en tabla 4) supera las dificultades que detectábamos en el modelo «fuerte» (de «nuevo paradigma»). He aquí algunos rasgos constitutivos de una práctica clínica orientada en la perspectiva biopsicosocial<sup>33</sup>:

1. El clínico considera como objetivo lograr un componente emocional intrínsecamente terapéutico en la relación establecida.
2. El clínico legitima cualquier motivo de consulta, no sólo los biomédicos<sup>34</sup>, o los problemas psicosociales que logran carta de autenticidad (depresión, bulimia, insomnio, entre otras).
3. El clínico distingue entre demanda de salud y necesidad de salud. Eso le supone a veces priorizar aspectos no valorados por el propio paciente: «Usted está preocupado por este resfriado, pero mucho más debería estarlo por su pre-

TABLA 3

### Aspectos fundamentales de la perspectiva biopsicosocial

Estimula a un conocimiento más integral del paciente y su entorno
Integra los hallazgos en las tres esferas: biológica, psicológica y social
Reconoce el papel central que desempeña la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos
Optimiza el trabajo en equipo
Incorpora al profesional de salud como una pieza más del sistema que también debe ser cuidada

TABLA 4

### Glosario de términos

<i>Monismo</i> : mente y cuerpo son lo mismo. Lo que ocurre en un ámbito repercute de manera inmediata en el otro, y nombrar uno u otro es como distinguir la mano del brazo
<i>Dualismo</i> : mente y cuerpo son dos sistemas diferentes. Lo que ocurre en la mente no siempre ni de la misma manera repercute en el cuerpo, y viceversa
<i>Monismo idealista</i> : la realidad física y biológica dependen de la mente (o la conciencia). La enfermedad es producto de un desequilibrio mental (o de la energía mental).
<i>Monismo fiscalista o materialista</i> : la mente y el pensamiento se originan en el cerebro y son un subproducto del mismo. Las enfermedades, incluidas las mentales, se deben a un funcionamiento incorrecto o alterado de alguna función biológica
<i>Dualismo paralelista</i> : la mente forma parte de otro mundo que no se altera por efecto del mundo físico, al que pertenece el cuerpo. Nuestro cuerpo puede tener enfermedades y nuestra mente (o alma) estar sana, y viceversa
<i>Dualismo interaccionista</i> : cuerpo y mente son sistemas separados pero a la vez en íntima interacción. Tienen un margen de autonomía, pero a la vez se influyen constantemente, de una manera peculiar y sujeta a leyes que debemos averiguar
<i>Causalidad circular</i> : todos los fenómenos son fruto de múltiples variables de carácter biológico, psicológico y social que se influyen mutuamente
<i>Causalidad estructural o epidemiológica</i> : los fenómenos son fruto sobre todo de algunas causas, en general pocas, sin las cuales jamás podrían surgir (causas necesarias), aunque casi siempre precisan de otras causas o factores para propiciar su desarrollo (causas desencadenantes y coadyuvantes)
<i>Modelo biopsicosocial, versión abierta</i> : el modelo biopsicosocial es una perspectiva útil para la ciencia médica pues ayuda a considerar todo el espectro de la complejidad humana, pero debe estar constantemente abierta al método científico para cada afirmación que haga. En la clínica práctica las creencias del paciente tienen sobre todo interés para la relación asistencial, pero no deben –como norma general– separarnos de una práctica guiada por las evidencias científicas
<i>Modelo biopsicosocial, versión fuerte</i> : el modelo funda un nuevo paradigma en la ciencia médica, basado en modelos de causalidad circular, donde todas las variables biopsicosociales tienen un peso similar. En la práctica clínica la toma en consideración del paciente como sujeto del cuidado nos lleva a reinterpretar sus síntomas a partir de su narrativa, en un proceso de revelación etiológica que en sí misma es terapéutica

sión arterial». Este enfoque supone un cierto enfrentamiento con el modelo centrado en el paciente, como apunta Bartz<sup>11</sup>, pero creemos que el médico tiene no sólo el derecho, sino el deber ético, de colocar su propia agenda en la relación asistencial e influir sobre las creencias del paciente. A veces supone también el coraje de plantear el origen psicosocial de determinadas somatizaciones, rompiendo ciclos de medicalización crónica y iatrogénica.

4. El clínico aplica frente a un problema diagnóstico de cierta complejidad una metodología que evita inicialmente tomar posición hacia hipótesis diagnósticas exclusivamente biológicas o psicosociales, es decir, evita focalizarse. Hemos desarrollado algunas técnicas para evitar este tipo de focalizaciones (p. ej., técnica textual y de la hipótesis inversa, entre otras<sup>35</sup>).

5. El clínico dispondrá cuando sea posible de una perspectiva sociofamiliar de sus pacientes, y sabrá valorar la red social de apoyo con que cuentan éstos.
6. El clínico aplicará técnicas de decisión racionales, basadas en evidencias pero también en el conocimiento de los sesgos que introducen sus propias emociones. Los peligros de equivocarnos ante pacientes que nos «caen mal» son enormes, por lo que educará sus propias emociones<sup>36</sup>.
7. La máxima que reza «primero descartar lo orgánico» sigue siendo esencialmente válida, a condición de añadir: «pero con diagnósticos positivos (no simplemente de exclusión) en la esfera psicológica y social».
8. El clínico debe acostumbrarse a períodos de incertidumbre en los cuales no ceda a la tentación de dar significado a los síntomas a partir de datos no definitivos. Una cefalea que el propio paciente entiende debida «al humo de tabaco y la tensión de las reuniones últimas», no debería excusarnos de avanzar en una vía inquisitiva.
9. El clínico tiene que saber ir más allá de la demanda aparente del paciente para adivinar las necesidades de salud. También tiene que identificar los factores de riesgo, y detectar los estilos de vida que hay detrás de ellos. En otras palabras: buscar la estructura subyacente a los hechos<sup>14,15,37</sup>.
10. No hay «caso cerrado». Cada paciente es una realidad en constante evolución. Si no le damos al paciente la oportunidad de sorprendernos «ahora», igualmente nos sorprenderá mañana. A veces un médico «nuevo» tiene una ventaja sobre el de «toda la vida»: la ventaja de dar crédito a lo que cuenta el paciente, o mirar de otra manera los síntomas «de siempre» y dejarse sorprender. La prueba más evidente de lo que decimos es la tendencia a infradiagnosticar a pacientes psiquiátricos en la esfera biológica. Por consiguiente, hay que ser curiosos, y si no lo somos por naturaleza, al menos dar oportunidades a la sorpresa.

En conclusión, el modelo biopsicosocial supuso un fuerte aldabonazo a una medicina cada vez más tecnificada. Inicialmente algunos defensores de este modelo creyeron ver en él un nuevo paradigma de la ciencia médica, y se posicionaron más como escuela que como corriente de pensamiento. Ello condujo a un peso excesivo de la ideología, con afirmaciones relativas al monismo-dualismo, al modelo de causalidad y al tipo de relación asistencial que lastraron su desarrollo. Defendemos una aplicación abierta del modelo, entendiéndolo como una perspectiva del método científico que: *a)* enriquece con el modelo de causalidad circular las hipótesis de nuestros trabajos de investigación, pero no se opone, sino que lo complementa, al modelo de causalidad estructural; *b)* reconoce al paciente como sujeto activo del proceso asistencial, y se adapta a sus requerimientos personales y culturales para darle la mejor atención posible, y *c)* se adapta sin prejuicios a la medicina basada en pruebas, sabedora de que el valor del modelo biopsicosocial no está en descubrir nuevas leyes en la ciencia médica, sino en colocar dicho conocimiento médico como conocimiento útil para cada persona.

### Agradecimiento

Las siguientes personas han realizado importantes críticas al documento, en algunos casos discrepando, en otras puntualizando conceptos. Su mención aquí no les compromete en los contenidos y posibles errores del artículo. Por orden alfabético: Jordi Cebrià Santandreu (Neurobiología, Universidad Ramon Llull); J.L. Corrales (Epidemiología, Universidad John Hopkins, Houston, EE.UU.); Blas Coscollar (Medicina de Familia y psicólogo, ICS, Vilafranca del Penedés); Ronald Epstein (Terapia de familia, Universidad de Rochester, EE.UU.); Javier García-Campayo (Psiquiatría, Universidad de Zaragoza); Salvador García Sánchez (Psicología Social, Universi-

dad de Barcelona); Diego Gracia (filósofo, Instituto Bioética, Fundación Ciencias de la Salud, Madrid); M. León Sanromà (Medicina de Familia, médico internista, ABS Gavarra); Fernando Orozco (especialista en anatomía del sistema nervioso central y médico de familia, Universidad de Zaragoza); Vicente Ortún (Economía de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona); Roger Ruiz Moral (Medicina de Familia, Unidad Docente, Córdoba); Jorge Tizón García (neuropsiquiatra, psicoanalista y epistemólogo, ICS La Mina, Barcelona).

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
2. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
3. Popper KR, Eccles JC. *El yo y su cerebro*. Barcelona: Labor S.A., 1993.
4. Russell B. *Iniciación a la filosofía*. Barcelona: Ediciones 62, 1968.
5. Damasio AR. *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica, 2001.
6. Marty P. *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona: Toray, 1984.
7. Tizón JL. Determinación y determinismo en psicopatología. II. Una reflexión acerca de los diversos tipos de factores de riesgo. *Arch Neurobiol* 2000;63:21-42.
8. Sober E. *Filosofía de la biología*. Madrid: Alianza Editorial, 1996; p. 137.
9. Damasio E. La sensación de lo que ocurre. *Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Editorial Debate, 2001.
10. Damasio E. La sensación de lo que ocurre. *Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Editorial Debate, 2001; p. 196.
11. Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor-patient interactions. *J Fam Practice* 1999;48:601-7.
12. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa*. Buenos Aires: Taurus 1987.
13. Lock M, Gordon DR, editors. *Biomedicine examined*. New York: Kluwer Academic Publishers, 1988; p. 57-93.
14. Luna Cabañero L, Ruiz Moral R. Una clarificación conceptual de las nuevas propuestas en medicina de familia. *Aten Primaria* 2000;26:184-6.
15. Ruiz Moral R. Fundamentos para un análisis de la experiencia de enfermedad del paciente. *MEDIFAM* 2000;10:361-8.
16. Cassell EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press, 1991.
17. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
18. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
19. Putnam SS, Lipkin M. The patient-centered interview: research support. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editors. *The medical interview*. New York: Springer-Verlag, 1995.
20. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
21. Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:44-60.
22. Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:63-74.
23. Torío J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:45-55.
24. Broggi MA. La relación amistosa en la clínica. Una alternativa mediterránea. Homenaje a Laín Entralgo. *Jano* 2000;1329:103-4.
25. Borrell F, Prados JA. *Malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas*. Barcelona: Doyma, 1995.
26. Tizón J. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Doyma, 1989.
27. Tizón J. El humor en la relación asistencial y en la entrevista: (I) Introducción a la psicología del humor y la comicidad. *FMC* 2001;8:321-30.
28. Tizón J. El humor en la relación asistencial y en la entrevista: (II). El sentido del humor en la atención primaria de salud. *FMC* 2001;8:390-403.
29. Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
30. García Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca LG. La empatía, quintaesencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc)* 1995;1:27-30.
31. Borrell F, Moreto J, González-Casanovas JC, Monés J. *Es vosté un bon pacient?* *Ann Med* 2001;84:107-9.
32. Epstein RM, Morse DS, Williams GC, LeRoux P, Litte PD, Suchmann AL, et al. *Clinical practice and the biopsychosocial model*. En: Quill TE, Frankel RM, McDaniel SH, editors. *The Biopsychosocial model*. New York: University of Rochester, 2001.
33. Borrell F, Cebrià J. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín Zurro A, Cano F, editores. *Atención Primaria*. Madrid: Harcourt Brace, 1995.
34. Dowrick C, May C, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *Br J Gen Practice* 1996;46:105-7.
35. Borrell F. *Decisiones clínicas a la cabecera del paciente*. Barcelona: Doyma. Biblioteca Básica Dupont, 1996.
36. Epstein R. *Mindful practice*. *JAMA* 1999;282:833-9.
37. Dwaury M. A biopsychosocial model of metaphor therapy with holistic cultures. *Clin Psychol Rev* 1997;17:719-32.