

# A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia

Jorge L. Tizón García

Recientemente, los doctores Borrell-Carrió, Suchman y Epstein han publicado un multicéntrico y documentado trabajo<sup>1</sup> sobre la actualidad del modelo biopsicosocial de Engel<sup>2</sup>. Dicho artículo tiene el mérito de introducir con rigor y radicalidad la discusión sobre la prevalencia y la validez actuales del modelo propuesto por Engel hace 28 años. No es extraño, pues, que a su trabajo le haya seguido una no menos interesante polémica sobre el tema que puede consultarse en la versión electrónica de la misma revista *Annals of Family Medicine*<sup>3</sup>. Quisiera hoy trasladar a estas páginas, y a los lectores de ellas, unas consideraciones sobre el tema con el único objeto de que sirvan de acicate a la reflexión y a la discusión.

Para Borrell et al<sup>1</sup>, el modelo biopsicosocial (MBPS) implica tanto una «filosofía de la atención clínica» como una guía práctica para ésta. Ochenta años antes el psicoanálisis había intentado la misma combinación, aunque con una perspectiva tan sólo psicológica. Por eso, en el ámbito teórico, el MBPS supuso una vía más globalizadora para intentar entender cómo el sufrimiento y la enfermedad están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social. En el ámbito pragmático, el MBPS intentaba proporcionar vías para entender la «experiencia de enfermar» del paciente, considerándola una parte fundamental para llegar al diagnóstico y a un adecuado tratamiento.

Como recuerdan Borrell et al<sup>1</sup>, el MBPS fue formulado por Engel, aunque teorizado simultáneamente en varios centros de investigación y clínicos, tanto de Estados Unidos y Canadá como de Europa<sup>2-5</sup>: una realidad histórica que, por cierto, a menudo es soslayada. Incluso hay autores norteamericanos que toman directamente los términos europeos (¿o los «descubren» de manera simultánea?) y los enuncian como propios: es el caso de la medicina centrada

en el paciente o de la asistencia sanitaria centrada en el consultante.

Desde luego, 28 años después, las relaciones entre los aspectos sociales, psicosociales, psicológicos y somáticos de enfermar siguen siendo oscuras y complejas, a pesar del progreso incesante de nuestros conocimientos, tanto biológicos como psicológicos<sup>6</sup>. La integración biopsicosocial en la clínica progresó en algunos casos, pero en el último decenio parece ganar importancia una intensa desintegración de ésta. Sin embargo, hay que reconocer al MBPS el mérito de haber intentado una nueva aproximación holística a la medicina, que ya antes habían intentado, desde diversas perspectivas, al menos la medicina asiria, árabe, persa, griega, latina, europea renacentista, romántica, la medicina social centroeuropea y ácrata, etc. Veintiocho años después del artículo seminal de Engel<sup>2</sup>, creemos que hoy día valdría la pena replantearse el modelo con cierta radicalidad, si bien desde perspectivas serias y fundadas, como hacen Borrel, Suchman y Epstein<sup>1</sup>. Y, para entrar directamente en la discusión, diríais que hoy:

1. El MBPS no está siendo aplicado en el ámbito científico y técnico, salvo en ámbitos minoritarios, al menos en los países tecnológicamente desarrollados del globo.
2. Sin embargo, hay meritorios grupos y organizaciones que intentan desarrollarlo en el ámbito clínico y asistencial, es decir, en la práctica.
3. Sus principios continúan vigentes, aunque deben ser matizados y actualizados desde la cuádruple perspectiva de toda disciplina científica o tecnológica: teórica, técnica, epistemológica y práctica o pragmática.
4. Dicho modelo tiene hoy día una limitada aplicación en la investigación científica, salvo en el ámbito de la atención primaria.
5. Llama especialmente la atención su falta de aplicación teórica y técnica en el campo de las disciplinas de la salud mental.
6. Sus presupuestos filosóficos (epistemológicos) se han resentido especialmente con el paso del tiempo.

Creemos que esa coyuntura ideológica y asistencial nos está impidiendo la aplicación del MBPS en ámbitos más amplios, de similar forma a como nos está impidiendo la revaluación crítica del modelo basada en la experiencia clínica, la investigación y la reflexión epistemológica. En esa

Neuropsiquiatría, psicología clínica, psicoanálisis. Institut Català de la Salut. Prevenció en Salut Mental-EAPPP. Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb Psicosi. Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. J.L. Tizón García.  
Córsega, 544. 08025 Barcelona. España.  
Correo electrónico: jtizón.pbcn@ics.scs.es

Manuscrito recibido el 27-6-2006.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 27-9-2006.

línea, proponemos hoy una revaluación del modelo MBPS en esos 4 ámbitos que diferencian a cualquier disciplina científica o tecnológica: teórico, técnico, práctico y epistemológico. Y ya que, al fin y al cabo, estamos hablando de un modelo, comenzaremos nuestras reflexiones por los ámbitos teórico y metateórico, para «bajar» posteriormente al campo clínico (de la técnica y la pragmática del modelo). Apuntaremos algunas de nuestras perspectivas en cada uno de esos ámbitos.

Comencemos por el ámbito epistemológico y teórico:

1. Nuestros autores mantienen que el MBPS de Engel no ha supuesto un «nuevo paradigma» (en el sentido de Khun), sino una aproximación «parsimoniosa» hacia el conocimiento médico de las necesidades individuales de los pacientes. De acuerdo. Nuestra impresión personal es que la contribución de Engel se apoyaba más en el ámbito clínico que en el filosófico. Respecto a este último, no ha supuesto un «cambio de paradigma», a pesar de la importancia clínica de su perspectiva «basada en la relación». Pero la construcción de un nuevo modelo holístico del ser humano sano y enfermo sigue siendo hoy día una cuestión abierta.

2. Apelar a la Teoría General de Sistemas, como hicieron Engel y sus discípulos, podía ser una propuesta útil hace 28 años, pero ni entonces, ni menos ahora, resuelve esos problemas filosóficos y epistemológicos. Tal vez por eso la influencia del MBPS en ámbitos filosóficos ha sido relativamente reducida. No basta con rechazar el reduccionismo dualista y el reduccionismo monista, sino que hay que proporcionar un modelo más arquitrabado y actualizado de ese «todo» hoy por hoy aún inaprensible.

3. Tal como recuerdan Borrell et al<sup>1</sup>, Engel fue bastante radical al criticar la naturaleza dualista de la medicina moderna, pero hoy se está extendiendo el concepto (?) y la práctica de la biomedicina, una forma, a nuestro entender, de radicalizar la primacía de su contenido biológico sobre otros contenidos, en un consecuente espíritu anti-Engel. Esta perspectiva se basa en un supuesto monismo, pero en un monismo por reducciónismo, por eliminación de lo no-físico u orgánico<sup>10</sup>.

4. Con ello, el reducciónismo materialista criticado por Engel –de una forma que hoy podríamos entender como algo *naïf*– es todavía más omnipresente y en una versión aún más reduccionista<sup>6,7</sup>. Se persigue «el gen» que explique cada enfermedad, trastorno o incluso conducta individual y social, pues una vez encontrado ese agente, «todo podrá solucionarse». ¡Cuántos decenios de pensamiento holístico, globalizador, biopsicosocial, antropológico y demás lanzados por la borda!

5. La influencia del observador en lo observado fue en su día un excelente recordatorio de Engel, que se apoyaba para ello en las aportaciones pioneras sobre el tema de —en orden cronológico— el psicoanálisis, la física de la relatividad, la cibernetica y la teoría general de sistemas. Pero estamos aún muy lejos de haber desarrollado con suficiente

profundidad, a nivel teórico y técnico, dicha perspectiva epistemológica constructivista<sup>8,9</sup>.

6. La aproximación de Engel al espinoso tema de la causalidad en las ciencias y la tecnología no ha dejado de ser criticada por los especialistas del tema desde el día de la propuesta de la causalidad circular. Pero, como se ha dicho en repetidas ocasiones, causalidad es un término muy fuerte, al menos desde David Hume. De hecho, la ciencia moderna tiende cada vez más a funcionar con modelos de «relaciones» y «correlaciones», más que con modelos estrechamente causales<sup>7-9</sup>. Posiblemente, cada vez más la idea de causalidad en medicina, y cualquier tipo de causalidad, ha de ser sustituida por la más humilde de «relaciones funcionales» o «correlaciones funcionales». La idea y los modelos basados en la interacción de factores de riesgo (y protección) biopsicosociales posiblemente correspondería a un *aggiornamiento* actual del MBPS. De ahí que, por ejemplo, algunos juzguemos indispensable, técnicamente, la utilización de modelos pluriaxiales de diagnóstico (tales como nuestra propuesta del diagnóstico pentaaxial y de los «niveles de factores de riesgo y protección»).

Es decir, a nuestro entender, en el ámbito epistemológico, una buena parte de las raíces de tan compleja situación habría que buscarlas, por un lado, en el reduccionismo biológico extremo que se está reimponiendo en las diversas especialidades y ámbitos médicos, y por otro, en el empirismo y mecanicismo teóricos y epistemológicos de dicha reimposición teórica. En una primera aproximación, ambos fenómenos, dado su simplismo y atraso teórico y epistemológico, sólo pueden explicarse por una reducción de las capacidades críticas y de autonomía de los médicos e investigadores en medicina y asistencia sanitaria. Parece fuera de toda duda que una parte de tales limitaciones se halla en acción y reacción con una imposición cultural, ideológica e incluso de poder derivada del dominio de las grandes corporaciones de tecnología sanitaria. Hoy día, esa imposición no tan sólo invade la organización de la sanidad, sino las capacidades de pensamiento crítico, ética autónoma y «aproximación clínica orientada por los consultantes» de gran parte de nuestros profesores, directivos e investigadores. Sólo así puede explicarse, al menos parcialmente, esa anómala reintroducción del «pensamiento unidimensional» encarnado por la tripleta del reduccionismo biológico, el empirismo mecanicista y el «librecambio sanitario y social». Una trilogía teórica y práctica bastante enemistada con la propuesta de Engel, desde luego. Dos observaciones más que afectan directamente al ámbito teórico:

1. Tal vez habría que entender hoy que el MBPS es un modelo, pero sólo *un* modelo. No el modelo para aprehender la totalidad, la globalidad o lo psicosocial en la clínica. Si pensamos en la «globalidad» o «totalidad», en realidad volvemos al ámbito metateórico o epistemológico, del cual

hemos realizado unas breves apostillas. Y si rebajamos los planteamientos y nos referimos al intento de integrar en el ámbito teórico «lo psicosocial» en la medicina clínica moderna, hemos de entender que hay diversos modelos. O, dicho con más exactitud, diversas variantes del MBPS que intentan dicha aprehensión. En ese sentido, acabamos de recordar la existencia de elementos técnicos perfectamente integrables dentro de una perspectiva del MBPS, como son las propuestas técnicas de los diagnósticos pluriaxiales y los niveles para la contención y niveles de factores de riesgo. Son perspectivas parciales también, entre otras cosas porque, probablemente, hoy día no somos capaces de crear una teoría que abarque todo lo que en medicina consideramos importante.

2. Y eso no significa que hayamos de pensar, como es común entre clínicos e investigadores biomédicos, que los aspectos psicosociales son menos mensurables, comunicables, verificables, apofáticos y no contradictorios con el resto de las ciencias actuales, es decir, menos científicos. Sus modelos y perspectivas hoy día son menos empiristas pero no precisamente menos científicos<sup>9</sup>. No tratan de «lo espiritual», lo «inmaterial», las «relaciones» o «los sentimientos» etéreos e intemporales, esotéricos, inefables... Por eso, para poder trabajar con esos aspectos psicológicos y psicosociales hay que formarse en sus técnicas, que no son las del «sentido común» ni se aprenden por la «mera experiencia».

En el ámbito técnico, una de las grandes aportaciones de Engel fue su revalorización de la observación y las emociones en la relación asistencial, temas en los que venimos insistiendo, tanto en el ámbito teórico como en el práctico, desde hace años. Por ejemplo, mediante la introducción en la medicina, tanto en clínica como en investigación, de técnicas cualitativas y técnicas basadas en la observación... Todas las personas que le conocieron hablan de las capacidades de Engel como observador y de su valoración de la observación, pero esa importante aportación, que sus discípulos de Nueva York han desarrollado, se ha difundido relativamente poco en otros ámbitos, a pesar de su indudable importancia teórica, técnica, clínica y docente.

Una consecuencia teórica y epistemológica de todo lo anterior consiste en la premisa de que para desarrollar hoy día de forma consecuente el MBPS habría que empeñarse en un importante trabajo en el que convergieran al menos 3 ámbitos: metateórico, técnico y práctico. Por un lado, habría que trabajar en el desarrollo epistemológico del modelo, para basarlo en epistemologías contemporáneas, tales como el realismo no representativo, el realismo crítico o bien el constructivismo. Se trata de aproximaciones epistemológicas que insisten en que, en nuestra aproximación al conocimiento de cualquier realidad, hemos de tener en cuenta el estudio tanto de su génesis como de su estructura, así como de la relación sujeto-objeto que establecemos en su conocimiento. Razón de más para que así se hiciera en el ámbito de las tecnologías asistenciales, en general, y

de la asistencia sanitaria en particular. Intentamos aplicar esas epistemologías postempiristas, inicialmente desarrolladas por Popper, Piaget y, más tarde, por autores como Bunge, Chalmers y otros<sup>7,8</sup>, al ámbito de la salud mental<sup>9</sup> y después, al campo de la atención primaria. Sin demasiado éxito, desde luego: las fuerzas que han impedido un desarrollo suficiente de las aplicaciones del MBPS en el caso de autores y corrientes como Engel suelen ser mucho más eficaces sobre autores y corrientes mucho menos relevantes y pertenecientes a la «periferia del Imperio».

Una segunda premisa para ese desarrollo del MBPS: habría de implicar un denodado trabajo para la reimplantación de modelos más globalizadores, biopsicosociales, antirreduccionistas. Esa actividad de ampliación teórica será imposible sin combatir el ramplón empirismo seudomaterialista que hoy las domina. Por esto, para ello (tercera premisa) necesitaremos no sólo esfuerzos teóricos, sino también una activa y amplia participación de la profesión, la población y los políticos que intente, en los terrenos ético, teórico, asistencial y político, una reformulación de ese abrumador dominio que la industria farmacéutica y del utilaje sanitario ha extendido sobre la medicina y la asistencia sanitaria contemporáneas. Insistimos en lo de político, pues ciertamente, de una lucha de poder y de una nueva correlación de poder se trata.

En el ámbito pragmático, Borrell et al proponen 7 principios fundamentales y los refieren, sobre todo, a las actitudes, habilidades y competencias que habrá que fomentar y formar en los nuevos profesionales orientados por un MBPS: *a)* han de ser profesionales con una autoconciencia acrecentada (¿por qué no *insight*?; hace cien años ya que el psicoanálisis viene considerando indispensable esa capacidad de *insight* o captación introspectiva experiencial para cualquier profesional asistencial); *b)* preocupado por el cultivo activo de la verdad; *c)* con un nuevo estilo emocional basado en la curiosidad empática; *d)* que debe buscar momentos, vías y medios para su *autocalibración*, con el objetivo de reducir los sesgos que todos nosotros *transferimos* a nuestras observaciones y prácticas clínicas (desde nuestra perspectiva teórica, nosotros hablaríamos nuevamente de «capacidad de introspección experiencial», es decir, emocional-cognitiva, y de capacidad de analizar la trasferencia y la contratransferencia de la consulta diaria; como para los dos principios siguientes); *e)* educar las emociones; *f)* uso de la intuición informada, y *g)* capacidad de comunicar la evidencia clínica para alentar el diálogo, no como mera aplicación de un protocolo. Pero en este ámbito pragmático, partiendo de nuestra concordancia básica con dichas propuestas, querríamos matizarlas aquí con una serie de aportaciones esquemáticas cuyo único valor, si es que poseen alguno, es servir de punto de partida a la discusión. Coincidimos con los autores en que un tema básico hoy en el estudio y la práctica de las disciplinas asistenciales radica en cómo introducir las emociones que se desarrollan en la relación dentro de la teoría y la práctica de di-

chas disciplinas. ¿Cómo introducir y aprovechar en la práctica clínica funciones emocionales tales como la solidaridad, la esperanza, la confianza, la contención? ¿Cómo usarlas para mantener una actitud médica eficaz y eficiente precisamente porque es solidaria, atenta a la relación y bien informada? A un nivel elemental, intentamos hace años una serie de propuestas concretas y propusimos también una calificación para esa forma de ejercer la medicina: la asistencia sanitaria centrada en el consultante<sup>5</sup> una aplicación y desarrollo del modelo de Balint de medicina centrada en el paciente<sup>4</sup>. Más adelante, hemos delimitado ese modelo con la concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante (en tanto que miembro de una comunidad)<sup>5</sup>. Un elemento básico en esa línea es la introducción o reintroducción en el modelo biopsicosocial de las aportaciones psicoanalíticas básicas. En efecto: por complejos problemas de empirismo científico y de luchas de poder, creemos que hoy el psicoanálisis está excesivamente marginado de buena parte de la teoría y la práctica médicas. Sin embargo, es precisamente la orientación tecnológica que más ha tenido en cuenta el estudio y el uso técnico de las emociones y las actitudes del propio personal asistencial y de las influencias emocionales mutuas entre consultante y consultado. Las luchas de poder entre los teóricos y técnicos conductistas y sistémicos contra el psicoanálisis (y viceversa) han impedido aprovechar las potencialidades del último en este campo, hoy ampliadas precisamente por la importancia que las corrientes interpersonalistas e intersubjetivistas poseen en el moderno psicoanálisis.

Precisamente, una aplicación consecuente del modelo de Engel y de los siete principios propuestos por Borrell et al<sup>1</sup> obligaría a mejorar nuestros sistemas de formar al personal sanitario en esta perspectiva relacional, constructivista, intersubjetiva, de su práctica. Ello implicaría, por ejemplo, un aumento de la realización de diversos tipos de «terapia personal» y «experiencias terapéuticas» por parte de los médicos clínicos, tanto para fomentar su autoconocimiento y dominio de sus propios puntos ciegos como para facilitar una vivencia personal de los procesos de cambio psicológico que después pueda ser aplicada en su práctica clínica. Nos referimos aquí, por ejemplo, a la psicoterapia personal, a la psicoterapia de grupo y las técnicas grupales, a determinadas técnicas específicas como los «grupos sobre los propios duelos» o los «grupos de reflexión» y grupos «tipo Balint», etc. Se trata de técnicas que han probado hace decenios sus potencialidades para aumentar las capacidades de contención emocional (tanto de los propios profesionales como de los consultantes). Tales técnicas, combinadas con otras de corte más cognitivista, podrían ser básicas en la mejora del MBPS en varios aspectos teóricos y técnicos. Vistos en profundidad, varios de los principios enunciados para el desarrollo del MBPS por Borrell et al<sup>1</sup> se ha-

llan vinculados a la contratransferencia, es decir, al conjunto de emociones que afectan al profesional o al técnico en la relación asistencial. Al menos los principios que los autores enumeran entre el 1 y el 6. Seis de sus 7 principios tienen que ver pues, a nuestro entender, con la capacidad de utilizar las propias emociones, sentimientos, actitudes y ética (capacidad que se asienta, por supuesto, en la capacidad de estar en contacto con ellas, es decir, en la capacidad de *insight*). No es adecuado que, nuevamente, propusiéramos para resolver el problema una nueva propuesta teoricista poco experimentada, como en su tiempo fue la apelación a la teoría general de sistemas y la teoría psicológica sistemática. Habrá que recoger las técnicas y prácticas propuestas por orientaciones de lo psicosocial que sí tengan en cuenta al menos el estudio y cuidado: *a)* de la observación, y *b)* de la psicodinamia dentro de la relación de los componentes psicológicos emocional-cognitivos (no del mundo emocional o del mundo cognitivo disociados). Y esas aportaciones, con todo su primitivismo y confusión, sí que existen. No todo va a resolverse en el mundo inmaculado de eficaces, eficientes, ultrabreves y sencillísimas técnicas de terapia cognitivo-conductual (CBT)<sup>10</sup>, como tampoco en el inefable mundo de ciertas orientaciones supuestamente psicoanalíticas, a menudo mucho más movimiento cultural que corriente técnica o clínica.

Y todo ello hemos de pensar y repensarlo sin olvidarnos de que el contexto político y organizativo ha cambiado de forma importante desde las propuestas de Engel: por ejemplo, gran parte de la asistencia presente y futura se está haciendo en grupo, en equipo. Eso significa cambios muy notables no sólo en el encuadre externo de nuestros dispositivos y nuestras consultas, sino también en el encuadre interno de las mismas. Por otra parte, en el ámbito político, el avance de ciertos sistemas de sanidad públicos en todo el mundo parece evidente. Hoy día, sus excesos burocráticos intentan corregirse mediante la introducción de la competencia interna, la competencia con el sector privado y ciertos principios del mercado. Pero aparecen nuevos problemas no resueltos: por ejemplo, la tendencia a que los sistemas privados y la ley del beneficio privado parasite de diversas formas esos sistemas supuestamente públicos. Aunque este último asunto es suficientemente amplio y enjundioso como para que podamos aquí analizarlo ni tan siquiera mínimamente. Por ello, nos contentaremos con enunciarlo y dejar a los lectores la profundización y la discusión sobre tales temas, para los que sí hay abundante bibliografía... aunque a menudo rechazada por los editores de las «revistas de alto impacto».

## Bibliografía

1. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein R. The Biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2004;2:576-82.

2. Engel G. The need for a new medical model: a Challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
3. Tizón JL. Epistemology, politics, emotions and counter transference: around «the biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry». *Annals of Family Med*. 2004;2:576-82.
4. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman; 1957 (2.<sup>a</sup> ed., enlarged: New York: International Universities Press, 1964) (Traducción castellana: El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1969).
5. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Biblaria; 1999.
6. Eisenberg L. The Social Construction of Human Brain. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1563-75.
7. Bunge M. Treatise on Basic Philosophy. Vol. VII. *Philosophy of Science and Technology. Part II: Life Science, Social Science and Technology*. Dordrecht: Reidel; 1985.
8. Chalmers AF. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Madrid: Siglo XXI; 1987.
9. Tizón JL. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel; 1978.
10. Holmes J, Neighbour R, Tarrier N, Hinselwood RD, Bolsover N. All you need is cognitive behaviour therapy? *BMJ*. 2002; 324:288-94.