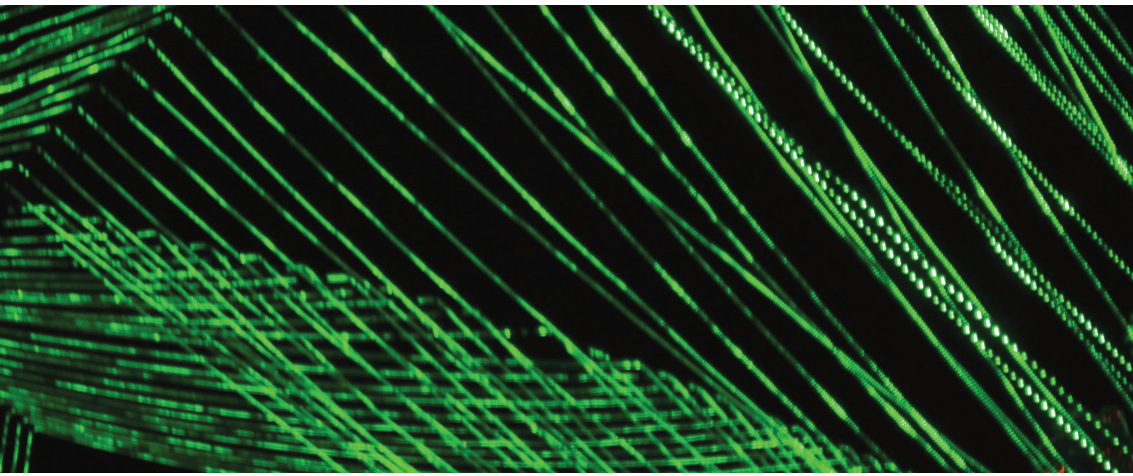
# Avances en psiquiatría

## desde un modelo biopsicosocial



Juan Manuel Escobar
Miguel Uribe
(compiladores)

Universidad de los Andes
Facultad de Medicina

# Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial

# Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial

Juan Manuel Escobar y Miguel Uribe
(compiladores)

Universidad de los Andes
Facultad de Medicina
2014

Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial / Juan Manuel Escobar y Miguel Uribe Restrepo, compiladores. – Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Ediciones Uniandes, 2014.
558 pp.; 15 x 21 cm

Autores: Martha Patricia Escobar Lux, Javier Fernando León Silva, Juanita León Gómez, Hernán Santacruz Oleas, José Fernando Muñoz Zúñiga, Eugenio Matijasevic, Juan Carlos Molano, Jorge Alberto Aldas Gracia, Marco Fierro Urresta, Maritza Rodríguez Guarín, Juanita Gempeler Rueda, Germán Casas, Roberto Chaskel, Diana Paola Castro, Claudia Marcela Salcedo, Lucía Cristina Quiroga, Eduardo Laverde-Rubio, Leonidas Castro Camacho, Andrés Barrera, Efraín Noguera, Soraya Aparicio.

ISBN 978-958-695-957-5

1. Psiquiatría I. Escobar, Juan Manuel II. Uribe Restrepo, Miguel III. Universidad de los Andes (Colombia). Facultad de Medicina.

CDD 616.89 SBUA

Primera edición: mayo de 2014

© Juan Manuel Escobar y Miguel Uribe (compiladores)
© Universidad de los Andes, Facultad de Medicina

Ediciones Uniandes
Carrera 1.ª núm. 19-27, edificio Aulas 6, piso 2
Bogotá, D. C., Colombia
Teléfono: 3394949, ext. 2133
http://ediciones.uniandes.edu.co
infeduni@uniandes.edu.co

ISBN: 978-958-695-957-5
ISBN e-book: 978-958-695-958-2

Corrección de estilo: Gustavo Patiño
Diagramación interior: Andrea Rincón
Diseño de cubierta: Leonardo Cuéllar

Impresión:
Impresos Legis S.A.
Calle 26 núm. 82-70
Teléfono: 425 5255
Bogotá, D. C., Colombia

Impreso en Colombia – *Printed in* Colombia

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

# Agradecimientos

Queremos agradecer a los decanos de la Facultad de Medicina que nos apoyaron en la publicación de este libro, a los pares anónimos que nos hicieron valiosas observaciones, y al equipo editorial de Ediciones Uniandes que con su rigurosidad logran que las publicaciones sean de un alto nivel editorial.

# Contenido


Introducción 11

1. El modelo biopsicosocial: retos para su vigencia 19
*Miguel Uribe Restrepo, Juan Manuel Escobar*

2. La personalidad y sus trastornos 33
*Juan Manuel Escobar, Martha Patricia Escobar Lux*

3. Depresión 73
*Miguel Uribe Restrepo*

4. Trastornos de ansiedad 109
*Javier Fernando León Silva, Juanita León Gómez*

5. Trastorno de estrés postraumático 141
*Hernán Santacruz Oleas, José Fernando Muñoz Zúñiga*

6. Trastornos somáticos funcionales (Aprendizaje basado en problemas) 161
*Eugenio Matijasevic*

7. Trastornos neurocognitivos 219
*Juan Carlos Molano*

8. Abuso y dependencia al alcohol y otras sustancias 253
*Jorge Alberto Aldas Gracia*

9. Trastornos psicóticos 279
*Marco Fierro Urresta*

10. Trastornos del comportamiento alimentario 327
*Maritza Rodríguez Guarín, Juanita Gempeler Rueda*

11. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia 361
*Germán Casas*

12. Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad 391
*Roberto Chaskel, Diana Paola Castro, Claudia Marcela Salcedo, Lucía Cristina Quiroga*

13. Técnica de la psicoterapia psicoanalítica 413
*Eduardo Laverde-Rubio*

14. Terapia cognitivo-conductual: pasado, presente y tendencias futuras 435
*Leonidas Castro Camacho*

15. Aproximación filosófica a la psiquiatría de enlace 499
*Andrés Barrera*

16. Psiquiatría al final de la vida 523
*Efraín Noguera, Soraya Aparicio*

# Introducción

Algunas de las ideas, teorías y avances más interesantes de las últimas décadas en las ciencias básicas y en la medicina convergen en el campo de la salud mental. La psiquiatría, como rama de la medicina que aborda este tema, se encuentra en una posición a la vez privilegiada y difícil. Por un lado, puede integrar los hallazgos de las neurociencias y la biología molecular en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales. Por otro, se enfrenta a fenómenos clínicos complejos y heterogéneos, donde los signos y síntomas que fundamentan otras especialidades médicas son imprescindibles, pero insuficientes muchas veces. A esto se suma la dimensión social, presente en todas las áreas médicas, pero tal vez más incisiva cuando se trata de las enfermedades mentales.

Haciendo un apretado resumen, las últimas décadas han visto afianzar la dominancia del modelo médico y biológico en la psiquiatría. El modelo médico sigue postulando la presencia de trastornos que pueden estudiarse como entidades discretas, con su propia etiología, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y evolución. La clasificación de las enfermedades mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus siglas del inglés American

Psychiatric Association), el conocido DSM (en español, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*), es parte importante de este andamiaje. Permite un lenguaje común, y el diseño y aplicación de estudios clínicos cuyos resultados pueden extrapolarse mundialmente.

Aun así, el DSM es fuente de insatisfacción para muchos y puede estar también *ad portas* de un viraje significativo. Las entidades diagnósticas actuales no han delimitado con precisión ciertas enfermedades y la alta comorbilidad en los diagnósticos es prueba de ello. Las clasificaciones en uso actual son descriptivas y no se basan en los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, por lo que resulta claro que solo el avance en la investigación de estos procesos va a permitir un diagnóstico más preciso.

Uno de los "avances" más esperados en la psiquiatría ha sido la publicación del DSM-5, lo cual coincide con la edición de este libro. Lo más novedoso de esta edición del manual diagnóstico no ha sido tanto su contenido, como la reacción escéptica y cuestionadora de una buena parte de los profesionales de la salud mental. Las críticas al manual diagnóstico y a otros modelos clasificatorios de trastornos mentales no es nada nuevo, lo llamativo ahora es que las críticas más fuertes llueven desde el campo de la llamada psiquiatría biológica, hasta ahora aliada en su mayoría con el DSM. Las críticas, en esencia, señalan el fracaso del modelo biológico imperante en encontrar marcadores claros de los diferentes trastornos mentales y en los límites poco precisos de las llamadas enfermedades mentales. Estos señalamientos no buscan abandonar el modelo biológico, sino actualizar su enfoque para avanzar en otras líneas de investigación.

Un ejemplo de ello es la propuesta de los 'Criterios de dominios de investigación' (RDoC, Research Domain Criteria), liderada por el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos. Este enfoque busca integrar diferentes ámbitos de información, como el genético, las neuroimágenes y la ciencia cognitiva, para

analizar funciones o circuitos cerebrales específicos (por ejemplo: emoción, cognición y conducta). De esa manera, por medio de un enfoque dimensional, se lograría identificar blancos terapéuticos más específicos en los trastornos mentales (aún es muy temprano, claro está, para poder evaluar los frutos de este enfoque). Por lo pronto, cabe resaltar que la esperada aparición del DSM-5 puede coincidir con una crisis del sistema clasificatorio que lo fundamenta y la aparición de nuevos enfoques que permitan avanzar en el abordaje de los trastornos mentales. La clasificación de las enfermedades mentales, tan discutida a lo largo de la historia de la psiquiatría, sigue siendo una empresa no resuelta.

Las últimas décadas también han sido testigo de una menor influencia del modelo psicoanalítico en la psiquiatría y el ascenso de un modelo cognitivo que se encuentra más cercano a las neurociencias. Sin embargo, los modelos psicoanalíticos y cognitivos no son los únicos que pertenecen al término "psico" del modelo biopsicosocial. Otros enfoques, como la psicología evolucionista, también han avanzado de manera importante en tiempos recientes. De cualquier modo, el término "psico", tal como lo entendemos nosotros, no se limita a una sola escuela, sino a un vértice o dimensión en la manera de estudiar los fenómenos mentales.

La psiquiatría contempla, también, la aplicación de métodos y hallazgos de la psicología y de estudios sociales. Esto no es incompatible con un abordaje biológico. Por el contrario, creemos que la dicotomía psicofármacos-psicoterapia se basa en malentendidos, además del narcisismo de las pequeñas diferencias que se arraigan en la historia de los grupos humanos. Para ponerlo de manera concisa: la biología no excluye la psicología ni su aplicación tecnológica, la psicoterapia. Entendemos la psicoterapia también como una herramienta esencial, basada en el lenguaje, con fundamentos y efectos biológicos claros, especialmente en el cerebro. Solo una concepción muy pobre de la biología excluye la psicoterapia y lo social de su alcance.

Desde la filosofía de la mente, esta convergencia o acercamiento entre la neurociencia y las hipótesis sobre la psiquis se refleja en el creciente interés por el estudio de la "mente encarnada", que no es otra cosa que el rechazo al dualismo y el reconocimiento de que la mente se da en una persona, y que el estudio del cerebro, si bien es indispensable, debe considerar su "residencia corporal" y su interacción con el entorno.

La psiquiatría desde su inicio no ha estado exenta de críticas y polémicas, lo cual no debe extrañarnos. El concepto mismo de enfermedad mental ha sido debatido, señalando las diferencias que hay con las enfermedades médicas tradicionales. Ya en el propio terreno de la psiquiatría, las promesas abonadas por los avances en genética, en biología molecular y en el estudio del funcionamiento del cerebro no han dado aún los frutos esperados. Esto se hace más claro en la escasez, por no decir ausencia, de medicamentos novedosos eficaces para el tratamiento de los trastornos mentales. Casi todos los medicamentos "nuevos" que han encontrado vía abierta en la práctica clínica en los últimos años poseen mecanismos similares a los ya existentes.

El cambio histórico reciente más importante para la psiquiatría lo representó la desinstitucionalización de los pacientes con enfermedades mentales mayores, quienes pasaron del asilo o manicomio a un cuidado ambulatorio. Los hospitales psiquiátricos dejaron de ser sitios de tratamientos indefinidos, para seguir un modelo médico de estancias más cortas y programas de hospital día. Esto significó también una desinstitucionalización de la psiquiatría, que ha permitido una mayor integración no solo con la medicina, sino, también, con ciencias sociales presentes en la comunidad. Es de anotar que no solo los neurolépticos permitieron este cambio: las fuerzas y movimientos sociales también impulsaron la transformación de los manicomios tradicionales. Si este movimiento sigue su curso natural, tendremos una atención en salud más integral e interdisciplinaria, y menos marginal y estigmatizada.

En el campo médico, la relación más estrecha de la psiquiatría ha sido con la neurología, con la cual comparte historias comunes. La diferencia entre ambas no será dada tanto por la naturaleza de las enfermedades que trata, ya que los trastornos mentales mayores tienen bases neurológicas claras, sino por los métodos, intereses y habilidades requeridas en la aplicación de cada disciplina. Lo mismo puede decirse respecto a las psicoterapias y la relación con profesiones de áreas como la psicología, el trabajo social y la antropología. La psiquiatría, en ese sentido, se encuentra en un "cruce de caminos", lo cual la hace aún más interesante y diversa.

El reto para la psiquiatría moderna se hace mayor ante los datos que muestran la importante carga de enfermedad que representan las enfermedades mentales. Los profesionales de la salud mental hemos repetido innumerables veces los resultados de estudios mundiales que indican el lugar prominente de la carga de enfermedad debido a trastornos mentales. ¿Se repite tanto aquello que no se escucha? ¿O es más bien el deseo de ganar reconocimiento para una especialidad que no ha sido históricamente tan prestigiosa como otras especialidades médicas?

Sea como fuere, el último Estudio Nacional de Salud Mental realizado por el Ministerio de la Protección Social en Colombia, mediante convenios con la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Harvard (1), en el periodo 2003-2004, mostró que 8 de cada 20 colombianos presentaron un trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida. Los trastornos más frecuentes fueron de ansiedad (19,3%), del estado del ánimo (15%) y los de usos de sustancias (10,6%). Los problemas de salud mental también son frecuentes en la consulta médica: un estudio reciente llevado a cabo en varios servicios médicos de la Fundación Santa Fe de Bogotá encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad del 7,1%; trastornos depresivos, del 7,3%, y abuso de alcohol, del 14,4% (2).

Para enfrentar este reto, la salud mental requiere políticas claras y sistemas de atención en salud que permitan un acceso a estos. Son muchos los obstáculos. Para empezar, los factores sociales se asocian con un estigma que impide muchas veces una atención temprana y oportuna. En segundo lugar, los profesionales de la salud responsables de la atención primaria se dedican ante todo a las enfermedades médicas no psiquiátricas, frente a las cuales pueden sentir más pericia. Las psicoterapias, de cuya eficacia no se duda, son más difíciles de aplicar de manera generalizada, lo cual supone tener profesionales entrenados en ella radicados por fuera de los grandes centros urbanos.

El término *biopsicosocial*, que enmarca este libro, tiene la ventaja de llamar la atención sobre aspectos esenciales del abordaje en salud mental, pero corre el riesgo de dividir el terreno en las tres palabras. Aún no hay término único que englobe los diferentes aspectos del funcionamiento psíquico sin eliminar uno de ellos; en el mejor de los casos, la palabra biopsicosocial será reemplazada por un nuevo término no compuesto. Es decir, las definiciones de psicológico, biológico y social serán sustituidas o englobadas en un término único, sin eliminarlos. Esto solo será posible cuando el avance en el conocimiento en cada área lleve a una convergencia real; probablemente coincidirá también con la resolución del problema mente-cuerpo y con la integración de las diferentes terapéuticas. Mientras tanto, el término biopsicosocial, u otro similar, permitirá un trabajo común y, al mismo tiempo, independiente.

En el texto que presentamos, los diversos capítulos, de una u otra forma, se refieren a los aspectos biopsicosociales. En unas ocasiones, de acuerdo con el tópico, se hace más énfasis en un aspecto para entender su etiología o para ofrecer una opción terapéutica.

Los capítulos de este libro recogen los principales tópicos actuales en salud mental. La compilación que ofrecemos es de interés para el médico general, el psiquiatra, el psicólogo, así como para los estudiantes tanto de medicina, como de psiquiatría

y psicología. Para ellos será de utilidad en la medida en que les permitirá abordar el complejo estudio de la mente humana, de la salud y de la enfermedad.

**Referencias**


1. Posada-Villa JA, Aguilar-Gacsiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Rev Col Psiquiatría. 2004;33:241-62.
2. Castro-Camacho L, Escobar JM, Sánchez-Moncaleano C, *et al*. Salud Mental en el Hospital General: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. Rev Col Psiquiatría. 2012;41:61-85.

1

# El modelo biopsicosocial: retos para su vigencia

*Miguel Uribe Restrepo*[*]
*Juan Manuel Escobar*[**]

La psiquiatría ha enfrentado una historia difícil y cambiante a la hora de conceptualizar el problema de la enfermedad mental y su tratamiento. Como rama de la medicina, mantiene una identidad biomédica, que busca estudiar y tratar las bases fisiopatológicas de los trastornos mentales a pesar de la dificultad de encontrar métodos adecuados para investigar procesos cerebrales complejos, aunque los progresos recientes han sido suficientes para cimentar esta perspectiva. Sin embargo, el tema de la salud mental trasciende los límites usuales de la medicina e involucra perspectivas psicológicas, sociales, culturales, filosóficas e históricas que no han sido armónicas entre sí. La inevitable

[*] Médico psiquiatra, psicoanalista, subespecialista de Psiquiatría de Enlace. Bogotá. Miembro del Departamento de Salud Mental de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Correo electrónico: miguel.uribe@gmail.com.

[**] Médico psiquiatra, psicoanalista, licenciado en Filosofía. Profesor clínico asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, Bogotá. Miembro institucional del Departamento de Salud Mental, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Correo electrónico: jescobar@uniandes.edu.co.

tendencia a formar escuelas, sumada al magnetismo de figuras carismáticas que abogan por una u otra interpretación del psiquismo humano, ha hecho que las diferencias parezcan en ocasiones insalvables.

Un solo enfoque o una sola explicación no dan cuenta de la complejidad que aborda la psiquiatría; es necesario contar con un marco que permita la integración de las perspectivas al tiempo que conserve sus particularidades. Como posible respuesta se propuso el modelo biopsicosocial, el cual debe su origen a la obra de Engel (1).

En 1977, al escribir sobre una posible crisis de la psiquiatría y de la medicina, Engel señalaba la importancia de desarrollar un concepto de salud y de enfermedad que pudiera dar justa cuenta de su complejidad. En ese entonces, como ahora, existía una tensión entre quienes abogaban por un enfoque exclusivamente biomédico y quienes esperaban incluir aspectos psicosociales en el abordaje de la salud y de las enfermedades. A los primeros se les reprochaba un reduccionismo y el riesgo de convertir la medicina en una mera tecnología que ignoraba otros factores relevantes de la persona; a los segundos, se les señalaba el riesgo de deambular por áreas sociales y psicológicas donde abunda la teoría y la especulación, perdiendo en el camino la posibilidad de avances médicos prácticos y efectivos.

Cabe anotar que Engel contempla las dos polaridades en las definiciones de la medicina: salud y enfermedad. Su enfoque renuncia a una definición simplista de salud o de enfermedad; si lo pusiéramos en un lenguaje más actual, es compatible con un modelo dimensional, en el que salud y enfermedad forman parte de un mismo continuo, claramente separados en los extremos y algo borrosos en otros puntos intermedios. Engel (2) vuelve a demostrar la importancia del modelo biopsicosocial con un paciente no psiquiátrico que experimenta un infarto cardiaco con un posterior paro cardiaco. Durante el seguimiento intrahospitalario del

paciente, se demuestra la fuerte influencia de los factores psicosociales en la evolución de su condición.

Para Engel, el modelo biopsicosocial forma parte del modelo de sistemas biológicos de Von Bertalanffy. Era claro que no era tan solo un intento de "humanizar" la medicina y la psiquiatría, sino de brindar una base sólida para una mejor ciencia. Es un modelo científico y no filosófico, aunque es posible que se haga de él una filosofía. Los sistemas biológico, psicológico y social están organizados de manera dinámica y son interdependientes. Cada sistema tiene su propia forma de entenderse y su lenguaje, de modo que no podemos *psicologizar* demasiado un gen, hablar libremente de sus deseos o de sus intenciones, así como no podemos mecanizar demasiado a una persona, negarle sus deseos, su historia personal o su medio social. La aparición de la mente supone una organización diferente y radicalmente "nueva" en la naturaleza. Las diferencias no son absolutas, sino en grados de complejidad en la organización.

Un enfoque biomédico reduccionista tiene en consideración tan solo mecanismos moleculares o fisiopatológicos, y no tiene en cuenta aspectos sociales ni psicológicos, al considerarlos irrelevantes para entender la enfermedad. Engel criticaba esta posición por ser un legado del dualismo mente-cuerpo. Dualismo que se ve también, por ejemplo, en la orilla opuesta de ciertas corrientes psicoanalíticas, para quienes todo lo que sucede en el cerebro es irrelevante para confirmar o no sus hipótesis.

Este autor señalaba también un origen histórico interesante de esta perenne división de lo biológico y lo psicológico en la medicina. El desarrollo del modelo biomédico en Occidente fue impulsado por el permiso que dio la Iglesia, hace unos cinco siglos, de permitir la disección y estudio del cuerpo humano (al fin y al cabo, el cuerpo era tan solo una máquina), con lo cual quedaba excluido implícitamente el estudio del alma, es decir, de la mente. A pesar de su descrédito en cuanto teoría, el dualismo mente-cuerpo no se

da por vencido fácilmente, ya que está presente en nuestra manera habitual de hablar y de pensar sobre muchos temas.

Los escritos de Szasz representan el intento más consistente por argumentar que la psiquiatría no es una ciencia médica, ya que las enfermedades mentales son un mito (3), y no son en realidad enfermedades médicas. El contraargumento a Szasz, que solo se puede esbozar acá, identifica una tendencia "reduccionista" o una simplificación excesiva de los fenómenos por estudiar, ubicua en ciertas escuelas psiquiátricas y antipsiquiátricas. La psiquiatría, como toda rama de la medicina, es definida por una tarea pragmática: el estudio y tratamiento de enfermedades. La enfermedad no es tan solo un fenómeno natural en el sentido tradicional del término; no es tan solo la presencia de una lesión orgánica identificable, sino una experiencia humana que se origina en el malestar o el sufrimiento, sea este físico o psíquico.

Más allá de las definiciones de enfermedad mental, la salud mental oscila entre dos extremos: el del subdiagnóstico, que lleva a que muchas personas no reciban la ayuda que necesitan desde el inicio (eso sin contar que el diagnóstico es apenas el primer paso para poder iniciar un cuidado que debe superar otras barreras para el acceso, sobre todo económicas y sociales) y el sobrediagnóstico, que lleva a una medicalización innecesaria de muchas dificultades humanas y al riesgo de un tratamiento innecesario para muchos.

En la nosología psiquiátrica hay ejemplos que pueden dar razón a la tensión entre enfoques biológicos y psicosociales. Tomemos por ejemplo el *delirium*, que tiene una clara base orgánica, y contrastémoslo con las reacciones adaptativas o el duelo, donde no se encuentra una alteración patológica en el sentido tradicional del término. Aun así, al momento de estudiar la reacción adaptativa o la respuesta ante un evento traumático hay muchos datos biológicos pertinentes, incluyendo el temperamento, la "programación" previa del eje hipotalámico pituitario

adrenal o el polimorfismo individual en los receptores neuronales monoaminérgicos, para mencionar solo algunos.

La insatisfacción con los sistemas diagnósticos empleados en psiquiatría obedece en buena parte a problemas persistentes que menoscaban los fundamentos de la psiquiatría moderna. Con el tiempo, se ha visto que las entidades diagnósticas planteadas por el DSM no tienen la especificidad que se esperaba. La comorbilidad entre los trastornos es muy alta y no se han encontrado pruebas o marcadores que permitan determinar el diagnóstico y diferenciar una entidad de otra. La bases genéticas de los trastornos, a pesar de su importancia etiológica, son muy amplias, poligénicas y también se superponen. Para terminar, los medicamentos, a pesar de su nombre, son eficaces en un espectro amplio: los antidepresivos y los antipsicóticos son útiles no solo en depresión o en psicosis, respectivamente.

La historia de las enfermedades ofrece lecciones interesantes. La descripción psicopatológica permitió proponer la categoría diagnóstica de esquizofrenia, aunque en el momento en que se propuso eran pocos los hallazgos biológicos que apoyaran una base orgánica. Con todas las limitaciones del caso, sobre todo por tratarse de un grupo heterogéneo, los estudios epidemiológicos han permitido hoy día revisar verdades de la esquizofrenia y señalar el camino para la investigación. Los resultados, hasta el momento decepcionantes, en la búsqueda de una explicación genética única han llevado a un modelo que acepta una mayor complejidad en los mecanismos genéticos de la enfermedad y en la interacción con el ambiente. Así mismo, es posible en un futuro cambiar la dicotomía esquizofrenia/trastorno bipolar por dimensiones de psicosis. Si esto llega a darse, será gracias a la investigación que partió de los modelos y las definiciones iniciales afinadas por la observación y los estudios genéticos, epidemiológicos y terapéuticos.

## 1. Críticas

No estamos ajenos a las críticas que se han hecho al modelo biopsicosocial. Como ocurre en tantos campos del quehacer humano, un buen modelo, una buena teoría puede ser atrapada por grupos que hacen de él un uso distorsionado. En particular, el modelo biopsicosocial no debe ser la bandera exclusiva de alguna escuela o enfoque dentro de la psiquiatría, sino un marco común que albergue el amplio rango de disciplinas, desde las neurociencias hasta la sociología.

Buena parte del debate en torno al modelo biopsicosocial ha tenido un paralelo en la eterna polémica naturaleza y cultura o *nature/culture*. Los términos exclusivos de este debate: o todo está en los genes o todo está en el ambiente, refleja también un empobrecimiento de cada uno de ellos, pues la genética se hace aún más interesante y rica con el estudio del impacto del ambiente sobre la expresión de genes; la sociología, por su parte, pierde valor si desconoce por completo las bases biológicas de conductas o actividades humanas, por complejas que estas sean.

Como crítica al modelo biopsicosocial, se argumenta que no muestra cómo se articulan las perspectivas y puede ser entonces que simplemente se superponen. Además, se aduce que no hay criterios que permitan definir qué es válido y qué no lo es, con lo cual se termina en un eclecticismo donde "todo vale". En palabras de McHugh (4), el modelo biopsicosocial provee los ingredientes, pero no la receta. Una mirada más detallada muestra, por el contrario, que los criterios de validez siguen siendo importantes para cada perspectiva, conservando cada uno su especificidad: una investigación social sobre el estigma, por ejemplo, tendrá una metodología propia y criterios de validez que no son los mismos de una investigación biológica. Esto no significa que cada campo sea un territorio inexpugnable, por decirlo así. Los hallazgos, en un mundo ideal, serán cada vez más compatibles entre las tres áreas.

Es cierto que Engel no propuso explícitamente una forma de integrar las diferentes perspectivas, pues no tenía cómo. A pesar del deseo de emplear un modelo holístico, lo cierto es que en este momento la medicina no tiene una sola teoría que lo abarque y explique todo. Lo particular de un modelo tripartito es el reconocimiento de que cada área tiene métodos particulares que no son directamente traducibles a los demás. Conceptos como persona o *self* pueden ser estudiados en sus bases neurocientíficas, pero tendrán siempre lenguajes o expresiones en primera persona y como hechos sociales no son reducibles a algo biológico. El único holismo que parece posible es el del materialismo eliminacionista, que termina siendo un reduccionismo más que un holismo.

Pero un asunto es la integración teórica, el marco unificado, y otro es la integración clínica o terapéutica. Siendo la medicina una empresa tan extensa, que no termina en la relación médico-paciente, ¿quién y cuándo debe integrar los diferentes aspectos del modelo? Por ejemplo, hoy en día, por cuestiones de tiempo en que las consultas pueden durar de 15 a 20 minutos, no es posible explorar adecuadamente el contexto psicológico y social del paciente. En ocasiones, debemos atender únicamente desde el modelo biomédico o más exactamente desde el "modelo" síntomas-tratamiento. La división entre la vertiente biomédica y las intervenciones psicosociales es tal vez más notoria en Estados Unidos, donde el psiquiatra está más dedicado a formular y el psicólogo, a hacer psicoterapia.

Engel, y la mayoría de clínicos, tal vez no sean tan ambiciosos, buscando tan solo (aunque no es poco) que en la práctica el médico tenga siempre en cuenta a su paciente como persona. Esto es un objetivo importante, pero deja de lado otros desafíos. Para tomar el caso de la psiquiatría, frente a un paciente con un padecimiento grave, se puede esperar que el psiquiatra integre en el tratamiento los aspectos psicológicos, psicofarmacológicos y sociales, para nombrar componentes de los vértices. Esto es

difícil, ya que los avances en cada ciencia pueden hacer imposible que un solo terapeuta sea experto en áreas que requieren largos entrenamientos. La mayoría de los psiquiatras reconocen lo difícil que es en ocasiones integrar, tanto en la práctica como en la teoría, lo neural con lo psicológico. Es más complicada aún, y mucho más ignorada, la integración de lo psicológico con lo social, por ejemplo.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) ha intentado conservar un enfoque integral incluyendo los aspectos psicosociales en su sistema de ejes, pero en la práctica, el énfasis se ha dado en su uso diagnóstico de los trastornos mentales. En el nuevo DSM-5, publicado en mayo de 2013, el aspecto cultural va a tener una mayor importancia, dado el impacto que se ha encontrado que tiene en la condición de los pacientes. Se propone realizar una 'Entrevista de planteamiento cultural', compuesta por 14 preguntas, la cual ayudará al médico a obtener más información durante la evaluación mental del paciente acerca del impacto cultural del paciente en ciertos aspectos de su cuidado.

De acuerdo con el DSM-5, la cultura se refiere primariamente a los valores, orientaciones, y suposiciones que los individuos derivan de diversos grupos sociales a los que pertenecen (por ejemplo, grupos étnicos, militares, comunidades religiosas). El término *cultura* también hace referencia a los aspectos que conforman los antecedentes o a la historia de una persona que afectan su perspectiva, como son la etnicidad, la raza, el lenguaje o la religión. Para el clínico es importante conocer estos aspectos para entender mejor la situación de un paciente y poder comunicarse de una manera más efectiva con él.

La entrevista se enfoca en cuatro dominios principales:

- Definición cultural del problema. El paciente se refiere a los aspectos que más le perturban de su problema.

- Percepción cultural de la causa, el contexto y el soporte, refiriéndose a su enfermedad.
- Factores culturales que afectan la adaptación y búsqueda de ayuda en el pasado.
- De acuerdo con los factores culturales, establecer qué se puede implementar para el plan actual de tratamiento y ayuda.

En este contexto, el énfasis de la cultura permitirá entender mejor al paciente y servirá para planear con él un mejor tratamiento de su condición. El abordaje terapéutico también debe ser pragmático en otro sentido. No quiere decir que en todo paciente o en toda situación clínica los tres aspectos son igualmente importantes en el momento, ni siquiera que tengan que ser explorados a profundidad: puede ser que solo uno de ellos sea abordado en ese momento.

El término biopsicosocial tiene la ventaja y desventaja derivadas de su flexibilidad y de su amplia perspectiva. Para poder ver su ventaja, tomemos nuevamente el concepto de salud. Entre las determinantes de la salud, los estudios han mostrado que la desigualdad de la sociedad en la que vive una persona "sana" es un factor de riesgo importante para la enfermedad. Una lente que solo permita visualizar los sistemas fisiológicos no logra detectar este fenómeno social.

También es llamativo que el modelo biopsicosocial haya tenido una buena acogida en la medicina general; ello refleja que en la realidad la medicina es profundamente social. Un estudio en el que participó uno de los más acérrimos críticos del modelo biopsicosocial (5), comparó el tipo de estudio publicado por revistas médicas y psiquiátricas desde el 2008 (*Archives of Internal Medicine* y *Annals of Internal Medicine* frente al *American Journal of Psychiatry*). Encontraron que la revista psiquiátrica publicaba más artículos biológicos que las de medicina interna, en las cuales

el 77,8% eran no biológicos (incluye sobre todo epidemiológicos). ¿Será que la psiquiatría se está volviendo más "biológica" que la medicina interna?

La medicina, como la ciencia, son perspectivas y actividades humanas, una manera de estudiar y entender los fenómenos naturales. Esta perspectiva, como lo señalaba Engel, llega a convertirse en nuestra teoría común *folk model*, que abarca amplias áreas de la experiencia humana. La depresión, entonces, podía ser entendida (o para algunos todavía lo es) como una falla personal desde una perspectiva moral, o como una manifestación psicopatológica a la que se llega siguiendo diferentes caminos, en los cuales las bases biológicas, junto con las experiencias individuales, desempeñan un papel crucial. Y en lugar de una cura moral, merecen ser abordados con enfoques terapéuticos integrales e individualizados.

Es importante recordar la diferencia entre un modelo y un dogma: el dogma se impone, y los datos que le son incompatibles se acomodan a la fuerza o se ignoran, a la manera de Procusto. Un modelo, en cambio, es un instrumento de trabajo y una guía que se revisa y se modifica al mismo tiempo que se emplea, y se puede abandonar o sustituir por otro si los datos no concuerdan, o si aparece una mejor manera de entenderlos.

## 2. Integración de las perspectivas

Ghaemi (6) define el *eclecticismo* así: "En tanto teoría conceptual para la psiquiatría, el eclecticismo es un modelo que ve cualquier teoría o método como potencialmente correcto, pero ninguna teoría o método como definitivamente incorrecto." Cualquier cosa vale, dando lugar a un "anarquismo de la mente". Se cuestiona, entonces, el papel de figuras que no tuvieron la solidez suficiente para determinar qué era válido o no en el tratamiento de las enfermedades mentales. Meyer, por ejemplo, sería "culpable" de haber permitido que la psiquiatría fuera presa a la vez de un radicalismo

biológico (por ejemplo, la colostomía psiquiátrica de Cotton) y de una ortodoxia psicoanalítica.

Estamos de acuerdo en que el modelo biopsicosocial no es la única manera de plantear una medicina humanística. Pero el problema no está tanto en las palabras, como en el uso que se hace de ellas. Siguiendo la comparación que hace Ghaemi con la política, está el caso del uso de la palabra *democracia*. Todos dicen ser demócratas… aunque en realidad hagan lo contrario. El modelo biopsicosocial también es una manera pragmática de intentar curar las divisiones y escisiones dentro de la psiquiatría, similar a "curar" la división de las "dos culturas" expuestas por C. P. Snow, al describir el abismo creciente entre las humanidades y las ciencias.

Ghaemi sugiere también que el eclecticismo en un campo determinado es simplemente ignorancia, y que desaparece a medida que progresa la ciencia. Pero ese no es el punto, aunque es algo cierto, y tiene un antecedente en el viejo adagio médico de que "cuando hay muchos tratamientos es porque ninguno sirve". La pregunta de verdad es si los avances en la ciencia médica, y específicamente en el modelo biomédico, harán superfluos e innecesarios todos los demás enfoques psicosociales (los dos términos excluidos de esa relación), o si, por razones conceptuales claras, esto no es posible. El avance en el conocimiento de los mecanismos exactos de la depresión, ¿hará irrelevante el estudio del impacto de los eventos de vida, o del momento en que aparece la depresión para ese paciente, o lo que significa, digamos, perder un objeto valorado? El modelo biopsicosocial supone que es necesario investigar los mecanismos psicológicos y sociales que forman parte de la depresión, pero no dice cuál de estos enfoques es el correcto, pues esto será resultado del avance en el conocimiento y no algo que se pueda determinar de antemano.

Es cierto que, en su momento, la dimensión psicológica en el modelo de Engel no era suficientemente amplia y le daba demasiado peso al modelo psicoanalítico. El modelo, sin embargo,

puede acomodar otras maneras de entender lo psíquico como lo narrativo, lo cognitivo o lo fenomenológico. La polémica que se ha dado sobre todo entre las teorías psicológicas y las biomédicas ha relegado las dimensiones sociales a una posición que no refleja su verdadera importancia.

En el encuentro con el paciente el médico debe ser, primero que todo, un buen clínico y biomédico, al mismo tiempo que es sensible a la vivencia subjetiva del paciente, su reacción frente a la enfermedad y al contexto social en el que se establece la relación médico-paciente.

Mientras que el pragmatismo parece una vía para revitalizar el modelo biopsicosocial en Estados Unidos, entre nosotros es llamativo que el trabajo de un filósofo de la mente haya llegado a una conclusión compatible con el modelo biopsicosocial, que puede servir de base filosófica. Para Jaime Ramos (7), los fenómenos mentales tienen tres facetas o aspectos: la faceta física, la faceta psicológica y la faceta social. Cualquier sujeto al que estemos dispuestos a atribuirle una vida mental tiene necesariamente las tres facetas. Las facetas suponen tres lemas correspondientes: no hay mentes inmateriales, no hay mentes sin conciencia y solo hay mentes en sociedades. Estos aspectos no interactúan entre sí, sino que son aspectos de lo mismo. Ramos abandonó un concepto previo de dimensiones, donde los tres aspectos sí interactuaban (tal vez, más parecido al uso que se hace del modelo biopsicosocial).

Para Ramos, cada faceta se puede estudiar por completo y satisfactoriamente sin tener en cuenta para nada las otras. "Una neurofisiología ideal nos daría una descripción adecuada y completa del funcionamiento de un cerebro. La cual, como descripción neurofisiológica, sería absurdo tratar de complementar con información psicológica o de otro tipo".

La experiencia enseña que no hay un solo tratamiento que sea siempre efectivo en todos los pacientes, y que cada abordaje