

## El Modelo Biopsicosocial 25 años después: Principios, Práctica e Investigación Científica\*

**Francesc Borrell-Carrió, MD**

Departamento de Medicina,  
Universidad de Barcelona, CAP  
Cornellà, Institut Català de la Salut  
(ICS), Cornellà de Llobregat, España

**Anthony L. Suchman MD**

Cuidado de la Salud Centrado en las  
Relaciones, Rochester, NY.  
Departamento de Medicina,  
Universidad de Rochester, Escuela de  
Medicina y Odontología, Rochester,  
NY

**Ronald M. Epstein MD**

Departamento de Medicina Familiar,  
Universidad de Rochester, Escuela de  
Medicina y Odontología, Rochester,  
NY

### RESUMEN

El modelo biopsicosocial es tanto una filosofía del cuidado clínico como también una guía clínica práctica. Desde el punto de vista filosófico, es una manera de entender cómo el sufrimiento y la enfermedad son afectados por diversos niveles de organización, desde la social a la molecular. Desde el nivel práctico,

### THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL 25 YEARS LATER: PRINCIPLES, PRACTICE AND SCIENTIFIC INQUIRY

*The biopsychosocial model is both a philosophy of clinical care and a practical clinical guide. Philosophically, it is a way of understanding how suffering, disease and illness are affected by multiple levels of organization, from the societal to the molecular. At the practical level, it is a way of understanding the patient's subjective experience as an essential contributor to accurate diagnosis, health outcomes and human care. In this article, we defend the biopsychosocial model as a necessary contribution to the scientific clinical method, while suggesting 3 clarifications: 1) the relationship between mental and physical aspects of health is complex-subjective experience depends on but is not reducible to laws of physiology; 2) models of circular causality must be tempered by linear approximations when considering treatment options; and 3) promoting a more participatory clinician-patient relationship is in keeping with current Western cultural tendencies, but may not be universally accepted. We propose a biopsychosocial-oriented clinical practice whose pillars include 1) self-awareness; 2) active cultivation of trust; 3) an emotional style characterized by emphatic curiosity; 4) self-calibration as a way to reduce bias; 5) educating the emotions to assist with diagnosis and forming therapeutic relationships; 6) using informed intuition; and 7) communicating clinical evidence to foster dialogue, not just the mechanical application of protocol. In conclusion, the value of the biopsychosocial model has not been in the discovery of new scientific laws, as the term "new paradigm" would suggest, but rather in guiding parsimonious application of medical knowledge to the needs of each patient.*

**Key words:** Biopsychosocial model; clinical practice patterns; personal autonomy; empathy; communication; education.

es una manera de entender la experiencia subjetiva del paciente como contribuyente esencial para lograr un diagnóstico acertado, resultados en la salud y en el cuidado humano. En este artículo defendemos el modelo biopsicosocial como una contribución necesaria para el método clínico científico y sugerimos tres aclaraciones: 1) la relación entre los aspectos mentales y físicos de la salud es compleja - la experiencia subjetiva depende de las leyes de la fisiología pero no está reducida a ellas, 2) los modelos de la causalidad circular deben ser mo-

derados por aproximaciones lineales a la hora de considerar opciones de tratamiento y 3) la promoción de una relación más participativa entre el paciente y el profesional de la salud se ajusta a las actuales tendencias culturales occidentales, pero existe la posibilidad de que no sea aceptada universalmente. Lo que proponemos es una práctica clínica con orientación biopsicosocial cuyos pilares comprendan 1) el darse cuenta/autoconciencia; 2) el cultivar la confianza activamente; 3) un estilo emocional caracterizado por la curiosidad empática;

\*El presente artículo fue publicado en Annals of Family Medicine, Vol.2, N°6, november/december 2004 y cuenta con la autorización de los autores para ser publicado en la Revista Chilena de Medicina Familiar.

**TEMA CENTRAL**

4) la auto revisión con el fin de minimizar los sesgos; 5) la educación de las emociones para ayudar al diagnóstico y a conformar relaciones terapéuticas; 6) el uso de la intuición informada y 7) comunicación de las pruebas clínicas que incentive el diálogo y no sólo, la aplicación mecánica de un protocolo. En conclusión, el valor del modelo biopsicosocial no se ha centrado en descubrir nuevas leyes científicas, como lo podría sugerir el término “nuevo paradigma”, sino más bien en guiar parsimoniosamente el uso del conocimiento médico hacia las necesidades de cada paciente. **Palabras clave:** Modelo biopsicosocial; patrones de práctica clínica; autonomía personal; empatía; comunicación; educación.

**EL LEGADO DE GEORGE ENGEL**

El difunto George Engel creía que para entender y responder adecuadamente al sufrimiento del paciente -y para darle también la sensación de ser entendido- los profesionales de la salud deben prestar atención simultáneamente tanto a la dimensión biológica y psicológica de la enfermedad como a la dimensión social de la misma. Él ofreció una alternativa holística al modelo biomédico que prevalecía y que había dominado las sociedades industrializadas desde mediados del siglo XX<sup>1</sup>. Su nuevo modelo se conoció como el modelo biopsicosocial. Formuló su modelo en una época cuando la ciencia estaba evolucionando de ser un esfuerzo exclusivamente analítico, reduccionista y especializado para convertirse en un esfuerzo más contextual e interdisciplinario<sup>2-4</sup>. Engel no negó que la principal corriente de la investigación biomédica había incentivado importantes avances en la medicina, sin embargo criticó la visión (biomédica) excesivamente estrecha que llevaba a los profesionales de la salud a considerar a sus pacientes como objetos y a ignorar la posibilidad de que la

experiencia subjetiva de los pacientes pudiera ser considerada como objeto de estudio científico. Engel defendía sus ideas no con un propósito científico solamente, sino como una ideología fundamental que trataba de revertir la deshumanización de la medicina y la falta de poder de los pacientes (Tabla 1). Su modelo tuvo un fuerte impacto en aquellos sectores de la profesión médica que deseaban introducir más empatía y compasión a la práctica de la medicina.

En este artículo examinamos y actualizamos de una manera crítica tres áreas donde el modelo biopsicosocial fue presentado como un “nuevo paradigma médico”<sup>5-6</sup>: 1) Una visión de mundo que incluiría la experiencia subjetiva de paciente junto con la información biomédica objetiva; 2) un modelo de causalidad que fuera más amplio y naturalista que los simples modelos reduccionistas lineales y 3) una perspectiva de la relación paciente-profesional de la

salud que diera mayor poder al paciente en el proceso clínico y transformara el papel del paciente de objeto de investigación pasivo a protagonista y sujeto del acto médico. También, exploraremos la interface entre el modelo biopsicosocial y la medicina basada en pruebas.

**DUALISMO, REDUCCIONISMO Y EL OBSERVADOR IMPARCIAL**

Al exponer el modelo biopsicosocial, Engel estaba respondiendo a las tres tendencias médicas que creía eran las responsables de la deshumanización del cuidado médico. Primero, criticó la naturaleza dualista del modelo biomédico con su separación del cuerpo y de la mente (la que popularmente y tal vez de forma inexacta se remonta a Descartes)<sup>7-8</sup>. Esta conceptualización (analizada en más detalle en el apéndice disponible en la red en <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/2/>

Tabla 1. Análisis crítico de la biomedicina de Engel

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una alteración bioquímica no se traduce directamente en una enfermedad. La aparición de una enfermedad se debe a la interacción de diversos factores causales que incluyen factores a nivel molecular, individual y social. Y lo contrario, las alteraciones psicológicas, bajo ciertas circunstancias, pueden manifestarse como enfermedades o como formas de sufrimiento que constituyen problemas de salud que, a veces incluyen conceptos correlativos bioquímicos.</li> <li>2. La presencia de un trastorno biológico no arroja luz sobre el significado del síntoma del paciente, ni tampoco necesariamente insinúa la actitud o habilidad que debe tener el profesional de la salud para reunir información y procesarla bien.</li> <li>3. Las variables psicosociales son determinantes más importantes de susceptibilidad, gravedad y curso de la enfermedad de lo que han sido previamente apreciadas por aquellos que mantienen una visión biomédica de la enfermedad.</li> <li>4. Adoptar un papel de enfermo no está necesariamente asociado a la presencia de un trastorno biológico.</li> <li>5. El éxito de la mayoría de los tratamientos biológicos está influenciado por factores psicosociales, por ejemplo, el llamado efecto placebo.</li> <li>6. La relación paciente-profesional de la salud tiene influencia en el resultado médico, aunque sólo sea por su influencia al adherirse a un tratamiento escogido.</li> <li>7. A diferencia de los objetos inanimados de la investigación científica, los pacientes son profundamente influenciados por la manera que son estudiados y los científicos involucrados en el estudio son influenciados por sus sujetos.</li> </ol>
--

6/576/DC1) incluía un privilegio implícito del anterior como más “real” y, por lo tanto, más digno de la atención de un científico clínico. Engel rechazó esta visión porque incentivaba a los médicos a mantener una separación estricta entre el cuerpo –como– máquina y las emociones y la biografía narrativa de la persona –centrándose en la enfermedad excluyendo a la persona que estaba sufriendo– sin construir puentes entre ambos reinos. Su investigación de lo psicosomático apuntaba a una visión más integrada donde mostraba que el temor, la rabia, el descuido y el apego tenían efectos psicológicos e incluso patogénicos sobre el conjunto del organismo.

Segundo, Engel criticaba la excesiva orientación materialista y reduccionista del pensamiento médico. Según estos principios, todo lo que no pudiese ser, de forma objetiva, verificado y explicado al nivel de los procesos moleculares y celulares se ignoraba o se consideraba sin valor. El enfoque principal de esta crítica –un estilo frío, impersonal, técnico y de orientación biomédico de práctica clínica– puede que no haya sido tanto un asunto de filosofía subyacente, sino disconformidad con la práctica que descuidaba la dimensión del sufrimiento humano. Su artículo semanal, publicado en 1980 sobre el uso del modelo biopsicosocial<sup>5</sup> examinaba el caso de un hombre que presentaba un dolor en el pecho y una arritmia precipitada por la falta de cuidado de su médico.

El tercer elemento era la influencia que ejerce el observador en lo observado. Engel comprendía que uno no puede entender un sistema desde adentro sin perturbar el sistema de una forma u otra; en otras palabras, en la dimensión humana, como en el mundo de la física de partículas, uno no puede situarse en un lugar privilegiado de absoluta objetividad. De ese modo, Engel situó la relación médico-paciente en una base más racional de estudio.

La perspectiva de Engel se opone a la llamada visión monística o reduccionista donde todos los fenómenos se pueden reducir a partes más pequeñas y se pueden entender como interacciones moleculares. Él tampoco apoyaba la visión holística-energética, a pesar de que algunos de sus defensores se proclaman adheridos a una filosofía biopsicosocial. Esta perspectiva afirma que todos los fenómenos físicos son efímeros y controlables por medio de la manipulación de energías sanadoras. Engel, al adoptar la Teoría de los Sistemas<sup>2</sup>, más bien reconoció que los fenómenos sociales y mentales dependían de fenómenos físicos básicos, pero que no necesariamente estarían reducidos a ellos. Apoyaba lo que ahora sería considerado como una visión de complejidad<sup>9</sup>, donde diferentes niveles de jerarquías biopsicosociales podrían interactuar, sin que forzosamente los peldaños superiores, (a saber, lo psicológico y social) debieran depender de los inferiores, (la biología y la física). Más bien, serían consideradas propiedades emergentes que dependerían en gran parte de las personas involucradas y de las condiciones iniciales con las que fueron presentadas, al igual que los grandes patrones climáticos pueden depender de las condiciones iniciales y de pequeñas influencias<sup>9</sup>. Esta perspectiva ha guiado décadas de investigación buscando aclarar la naturaleza de estas interacciones.

### CIENCIA DE LA COMPLEJIDAD: CAUSALIDAD CIRCULAR Y ESTRUCTURAL

Engel se opuso a un modelo causa-efecto lineal para describir los fenómenos clínicos. La realidad clínica es mucho más compleja, por ejemplo, a pesar de que la genética pueda jugar un rol como causante de la esquizofrenia, ningún profesional de la salud ignoraría los factores sociológicos que pueden desatar o contener las manifestaciones de esta enfermedad.

### Complejidad y Causalidad

Pocas enfermedades mórbidas se podrían interpretar como enfermedades de naturaleza “un microbio, una enfermedad”. Existen, más bien, múltiples causas que interactúan y factores que contribuyen. Así, la obesidad lleva a diabetes y a la artrosis, y tanto la diabetes como la artritis limitan la capacidad para hacer ejercicios, afectando de forma negativa la presión sanguínea y los niveles de colesterol y todo lo anterior, con la salvedad tal vez de la artritis, contribuyen tanto a la ocurrencia de derrames cerebrales como a enfermedades de las arterias coronarias. Algunos de los efectos (depresión después de un derrame cerebral o de un ataque cardíaco) se pueden convertir en causales (por ejemplo, de un segundo evento similar). Se pueden hacer observaciones similares en relación con la predicción de una recaída de esquizofrenia. Estas observaciones plantearon el marco para los modelos de la causalidad circular, la que describe como una serie de ciclos de retroalimentación capaces de sostener en el tiempo un patrón específico de comportamiento<sup>10-13</sup>. La ciencia de la complejidad es un intento por comprender estas complejas propiedades emergentes y recurrentes de los sistemas<sup>14-15</sup> y encontrar las causas próximas interrelacionadas que pudieran cambiarse por medio de un adecuado grupo de intervenciones (apoyo familiar y medicamentos para la esquizofrenia, revisión de la depresión y reducción del nivel de colesterol después de un ataque cardíaco).

### Causalidad Estructural

Al contrario del punto de vista circular, la causalidad estructural describe una jerarquía de relaciones unidireccionales causa-efecto-causas necesarias, precipitantes, fuerzas sostenedoras y eventos asociados<sup>16</sup>. Por ejemplo, una causa necesaria para la tuberculosis es una micobacteria (*mycobacterium*), los preci-

pitantes pueden ser baja temperatura corporal y como fuerza sostenedora, la baja ingesta de calorías. La ciencia de la complejidad puede ayudar a entender una situación clínica, no obstante la mayoría de las veces, es el modelo estructural el que guía la acción práctica. Por ejemplo, si pensamos que el Sr. J es hipertenso porque consume demasiada sal, tiene un trabajo estresante, apoyos sociales deficientes y un tipo de personalidad exigente y seguimos un modelo causal circular, posiblemente todos estos factores realmente contribuyen a que tenga la presión alta. Sin embargo, cuando le sugerimos que tome un medicamento para combatir la hipertensión o que consuma menos sal o que tome un curso para reducir la tensión o que vea un psicoterapeuta para reducir su sentimiento de culpabilidad, estaremos creando una jerarquía implícita de causas: ¿qué causa es la que probablemente contribuya más a su presión alta?, ¿cuál respondería más a nuestras acciones?, ¿cuál es el valor agregado de esta acción, después de haber hecho otras?, ¿qué estrategia dará los mejores resultados con el menor daño y con el menor gasto de recursos?

### Interpretaciones, Lenguaje y Causalidad

Las atribuciones causales tienen el poder de crear una realidad y transformar la visión que tiene el paciente de su propio mundo<sup>17</sup>. Un médico que escucha a su paciente puede aceptar como válida una atribución de dicho paciente del tipo: "he tenido el infarto porque discutí con un familiar", sin considerar otros aspectos etiológicos de la máxima relevancia. Es más, la causalidad se puede usar para culpar al paciente por su enfermedad ("si tan solo no hubiese fumado tanto...") y también puede tener el poder de la sugestión y, de hecho, empeorar la enfermedad del paciente ("cada vez que hay una pelea, su mareo empeora, ¿no lo ve?"). Tal es el poder de las atribuciones y si el médico quiere

evitar una acción iatrogénica deberá tenerlo en cuenta.

### HACIA UN MODELO CENTRADO EN LAS RELACIONES

#### El Poder y las Emociones en la Relación Clínica

Los métodos centrados en el paciente, centrados en la relación y centrados en el cliente<sup>18-24</sup> proponen que llegar a un diagnóstico biomédico correcto es sólo parte de la tarea del profesional de la salud; también insisten en interpretar la enfermedad y la salud desde una perspectiva intersubjetiva al darle al paciente el espacio para expresar sus preocupaciones, al descubrir las expectativas del paciente y al invitarle a mostrar su lado humano. Estos métodos representan un movimiento hacia una relación igualitaria donde el profesional de la salud es consciente y cuidadoso en el uso de su poder.

El modelo "dialógico" sugiere que la realidad de cada persona no es sólo interpretada por el médico, sino, que de hecho, es creada y recreada a través del diálogo<sup>25-31</sup>. Las identidades individuales se construyen y mantienen a través de la interacción social<sup>32</sup>. La misión del médico es llegar a un tipo de entendimiento compartido de la narrativa del paciente *con* el paciente. Tal entendimiento no implica la aceptación no crítica de lo que el paciente crea o piense hipotéticamente, pero tampoco permite una negación de la perspectiva del paciente, como tan frecuentemente ocurre, por ejemplo, cuando los pacientes se quejan de síntomas que los médicos no pueden explicar<sup>33-34</sup>.

La historia del paciente es, al mismo tiempo, una declaración de la vida del paciente, la representación del aquí y ahora de su trayectoria vital, en fin, es el "suelo" sobre el cual formularemos un diagnóstico y un plan para el tratamiento.

¿Cómo maneja el médico sus propias emociones en este proceso tan delicado de entender a la otra persona, al paciente? Por una parte, existe un estilo emocional que llamamos reactivo, y que consiste en devolver simpatía cuando recibimos simpatía, y hostilidad cuando lo que recibimos es hostilidad. Al contrario, un estilo emocional proactivo se caracteriza por una apertura consciente a la experiencia del otro, y conduce al profesional a mantenerse en un tono neutral o positivo aun cuando reciba emociones negativas o de hostilidad<sup>35</sup>. Este tono proactivo se adquiere superando la tendencia a catalogar a los pacientes como "aquellos con los que me llevo bien" o "con los que me llevo mal", a saber, los llamados "pacientes difíciles". Al compensar o ignorar juicios del tipo, "vaya pesado", "es un paciente maleducado", etc, el médico permite que poco a poco surja en él o ella sentimientos de empatía, y de esta manera incrementa (y ejercita) su tolerancia y paciencia<sup>18</sup>. Por lo tanto, además del imperativo moral de tratar a un paciente como a una persona, existe un imperativo correspondiente para que el profesional se preocupe y profundice el conocimiento que tiene de sí mismo, y el abordaje de su propia emocionalidad<sup>35-36</sup>. Sin un grado suficiente de autoconocimiento, es fácil que el médico confunda la empatía con la proyección de sus propias necesidades sobre el paciente.

#### Las Implicancias de la Autonomía

La mayoría de los pacientes quiere más información de parte de los médicos, pero algunos menos desean participar de manera directa en las decisiones clínicas y muy pocos quieren tomar decisiones importantes sin el consejo del médico o una consulta a familiares o amigos<sup>37-40</sup>. Esto no significa que los pacientes deseen ser objetos pasivos, incluso los que están gravemente enfermos y los ancianos<sup>41</sup>. Sin embargo, en algunos casos los médicos imponen in-

conscientemente cierto criterio de autonomía a sus pacientes, por ejemplo, cuando dan un pronóstico infausto sin que el paciente lo haya solicitado<sup>19,42,43</sup>. Hacer que un paciente reacio asuma "saberlo todo" en relación a su enfermedad puede provocar reacciones de huida o de rechazo que conduzcan al paciente a sentirse abandonado, o pueden cercenar oportunidades de trabajar este pronóstico infausto de manera más parsimoniosa<sup>42</sup>. Creemos que lo ideal sería "autonomía dentro de una relación" - es decir, una elección informada apoyada por una relación responsable<sup>19</sup>. El profesional puede ofrecerle al paciente la alternativa de ejercer su plena autonomía<sup>41</sup>, pero también considerar la posibilidad de que el paciente no quiera saber toda la verdad y desee ejercer su derecho a delegar las decisiones en sus familiares<sup>40,44</sup>.

### El Entorno Social

Existe una dimensión ecológica en cada encuentro consistente en entenderlo no sólo como un encuentro entre el paciente y el médico, sino también como un encuentro regido por normas sociales<sup>45</sup>. A veces los médicos enfrentan un dilema: ¿puede o debe una relación clínica privada entre paciente y médico ser un vehículo para una transformación social? O ¿debe una relación ajustarse y cumplir las normas culturales de los pacientes?<sup>19</sup>. Nuestra opinión es que la adaptación normalmente debe ocurrir antes de la transformación - el médico primero debe entender y adaptarse a los valores y normas culturales del paciente antes de tratar de realizar un cambio. De lo contrario, la relación se convierte en un campo de batalla político y en el foco de un proceso que el paciente no ha consentido y puede no desear. Sin embargo, este debate se vuelve más difícil en situaciones donde el paciente ha sufrido de abusos - por ejemplo, ha sufrido violencia doméstica o ha sido víctima de torturas<sup>46</sup>. En estos casos, no tratar de poner un remedio a las injus-

ticias sociales que resultaron en la búsqueda de atención por parte del paciente, puede interferir en la creación de una relación de confianza. El médico puede sentirse tentado a realizar una transformación social en estos casos, por ejemplo al aconsejar a la paciente que abandone esa situación de abuso, aunque ella haya señalado que sólo desea que le curen las magulladuras. Advuértase que un consejo prematuro puede interferir en la decisión del paciente de ser el agente del cambio. Abstenerse de intervenir hasta que el paciente haya dado su consentimiento no se debe interpretar como indiferencia, aceptación o complicidad con tales situaciones, por el contrario, debe ser considerado como un método prudente de actuar.

### Cuidado, Paternalismo y Empatía

Llegados a este punto, vale la pena considerar si el problema más importante en la relación médico-paciente es la existencia de cierto paternalismo, o más bien la frialdad técnica<sup>47,48</sup>. El médico que ve su función nada más que como la de un consejero técnico puede considerar la empatía como un esfuerzo inútil sin influencia en las decisiones clínicas o, peor, como un conjunto de trucos lingüísticos para hacer que el paciente siga el tratamiento. El único argumento válido para este profesional será demostrarle que la empatía y una toma de decisiones compartida con el paciente repercute en el resultado final del acto médico. Es un esfuerzo que no sólo da mayor calor humano, sino que genera más salud.

### EL MODELO BIOPSIOSOCIAL Y EL CUIDADO CENTRADO EN LAS RELACIONES

La aplicación práctica del modelo biopsicosocial que *llamaremos práctica clínica con orientación biopsicosocial* no necesariamente se desarrolla de las ideas generales del dualismo interaccionista o de la

causalidad circular. Hasta cierto punto, puede ser que el contenido y las emociones que constituyen la relación del médico con el paciente son los principios fundamentales de la práctica clínica con orientación biopsicosocial, la que da la pauta más adelante sobre la manera que el médico ejercerá su poder. Los modelos de relación que tienden a aparecer en la literatura médica, con unas pocas y notables excepciones<sup>19</sup>, se han, tal vez, centrado demasiado en el análisis del poder y muy poco en el clima emocional subyacente de la relación clínica. Por este motivo, sugerimos replantear algunos de los principios básicos del modelo biopsicosocial de acuerdo con el tono emocional que marca la relación con características tales como el cuidado, la confianza y la apertura al otro<sup>49,50</sup>. Veamos estos principios con mayor detalle en su aplicación práctica.

### Calibración del Médico

El modelo biopsicosocial requiere cultivar de manera consciente los hábitos clínicos<sup>51</sup>. El médico, de alguna manera, es como un instrumento musical que requiere ser calibrado, afinado y ajustado para dar lo mejor de sí mismo<sup>36</sup>. Las habilidades del médico se deben juzgar a partir de su habilidad para crear mejor salud o aliviar el sufrimiento del paciente, pero también debe valorarse su capacidad para crear un tono emocional adecuado, la realización de una anamnesis precisa, o la distinción entre lo que el paciente necesita y lo que el paciente dice que quiere. En ese aspecto, la habilidad clínica incluye el mandato ético de procurar el bien del paciente, y si cabe influenciar de manera positiva el comportamiento del paciente. A veces, hacer esto puede suponer el deber de intervenir sobre un alcoholismo o unos malos tratos domésticos encubiertos, para así quebrar el ciclo de medicalización e iatrogenesis<sup>33</sup>. Desde nuestro punto de vista, abandonar esta obligación significaría romper el contrato social implícito entre el médico y la socie-

dad. Sin embargo, estos presupuestos tampoco están exentos de riesgos. El médico debe ser capaz de realizar un "auto-chequeo" porque su rendimiento nunca es el mismo ni lo es en todo momento. Weick y Sutcliffe<sup>52</sup> consideran que esta constante vigilancia es un requisito fundamental para aquellas profesiones que requieren de mucha confianza o que enfrentan eventos inesperados. La consciencia -hábitos de observación atenta, curiosidad crítica, flexibilidad informada y presencia- está detrás de la habilidad del médico para auto-chequearse, y de esta manera estar atento para responder con compasión<sup>35,53,54</sup>.

### Creación de la Confianza

El profesional experto considera en forma explícita, como una habilidad central, el logro en el encuentro de un tono emocional que conduce a una relación terapéutica. Por tal razón, todas las consultas se deben juzgar en base a la cordialidad, al optimismo, la autenticidad y el buen humor. Al recibir con respeto a un paciente hostil<sup>55</sup>, debe estar claro para el médico que esas son las emociones del paciente -¡y no las suyas!- y además tiene que tener habilidades suficientes para que el paciente sepa reflexionar sobre su hostilidad. Del mismo modo, el médico debe saber cómo reconocer sus propias emociones y cuándo expresarlas, y tiene que saber poner límites para preservar una relación.

### Cultivo de la Curiosidad

El siguiente paso consiste en cultivar la curiosidad, por lo tanto, la ingenuidad cultivada<sup>56</sup>. La curiosidad puede considerarse como uno de hábitos fundamentales que caracterizan a los profesionales expertos. La curiosidad empática le permite al médico mantener su mente abierta y no considerar nunca un caso como cerrado. Si el paciente no nos sorprende hoy, tal vez lo haga

mañana. Hemos descrito esta capacidad usando el término *mente de principiante*<sup>35,37</sup>. Es la capacidad para esperar lo inesperado, como si el médico fuese otro médico viendo al paciente por primera vez, y descubriendo lo que en anteriores visitas no había sido capaz de apreciar. Además, existe un componente ético en este tono emocional, a saber, el componente de considerar que no hay "buenos" o "malos" pacientes, ni hay enfermedades "interesantes" o "aburridas". Los pacientes no tienen que legitimizar su sufrimiento describiendo enfermedades que hacen sentir cómodo y seguro al médico<sup>58</sup>.

### Reconocimiento del Sesgo

El concepto fundamental de las decisiones médicas basadas en evidencia científica y que además incorpora la experiencia profesional del médico es un principio de los fundadores del movimiento de la medicina basada en la evidencia que es ahora bien aceptado<sup>59</sup>. No obstante, el método para incorporar la experiencia no ha sido tan bien descrito como el método que juzga la calidad de la evidencia científica. Por ejemplo, los profesionales deberían saber cómo sus decisiones pueden ser sesgadas debido al género y a la raza del paciente, entre otros factores<sup>51</sup>, y también saber sobre la tendencia a cerrar un caso de forma prematura para deshacerse de la carga que significa resolver problemas complejos<sup>60</sup>.

### Educación de las Emociones

Existen métodos para educar las emociones, tal como hay métodos para aprender nuevas habilidades y adquirir conocimientos<sup>35</sup>. Por ejemplo, la tolerancia a la incertidumbre es posible de ser observada y calibrada - la toma de decisiones en total ausencia de información es característica de un profesional experto a diferencia del técnico que ve su trabajo simplemente como aplicación de protocolos.

### Uso de la Intuición Informada

El papel de la intuición es central. Tal como Polanyi y Schön sostienen la competencia profesional se basa en el conocimiento tácito más que en el explícito<sup>61,62</sup>, la experiencia, por lo general, se manifiesta en ideas difíciles de rastrear a un nivel estrictamente cognitivo. Si un profesional que se encuentra en una situación donde normalmente emplearía un tratamiento en particular, tiene la intuición, cuya razón aún no es clara, en relación a que el tratamiento puede que no sea el mejor para este paciente en especial, sugerimos que, en vez de considerar este sentimiento como algo que no tiene raíz y que puede ser descartado, tal vez esta intuición pueda ser rastreada más tarde y lleve a un grupo de observaciones concretas sobre el paciente que no fueron de fácil descripción en algún momento para el médico. Porque, por lo general, estas observaciones se manifiestan sólo cuando los casos se revisan, una vez que el hecho no ha disminuido la obligación ética que tiene el profesional de usar todas sus capacidades y no sólo aquellas que puedan ser explicadas fácilmente.

### Comunicación de la Evidencia Clínica

La evidencia se debe comunicar en términos que el paciente entienda, en pedazos pequeños, de fácil digestión y a una velocidad que pueda ser asimilada. El exceso de información puede tener dos efectos - disminución en la comprensión y aumento de la distancia emocional entre el médico y el paciente. Comunicar la evidencia clínica debe incentivar el entendimiento<sup>63</sup>.

### MAYOR DESARROLLO DEL MODELO BIOPICOSOCIAL

George Engel formuló el modelo biopsicosocial como un modelo dinámico, interactivo y dualista de la expe-

riencia humana donde existe una influencia mutua entre mente y cuerpo. Nosotros agregamos a ese modelo la necesidad de equilibrar un modelo circular de causalidad con la necesidad de hacer aproximaciones lineales (especialmente al planear los tratamientos) y la necesidad de cambiar la postura del profesional desde el distanciamiento objetivo hacia una participación reflexiva infundiendo un cuidado que implique mayor calidez y preocupación. El modelo biopsicosocial no debiera entenderse tanto como un cambio de paradigma -en el sentido de una crisis del método científico en la medicina o en la elaboración de nuevas leyes científicas- sino que debería entenderse como la aplicación parsimoniosa de los conocimientos científicos, al servicio de las necesidades concretas de cada paciente.

En los 25 años que han pasado desde que Engel propuso por primera vez el modelo biopsicosocial, han surgido dos tendencias intelectuales que podrían incluso fortalecerlo más. Primero, podemos avanzar en el problemático tema de la dualidad mente-cuerpo al reconocer que el conocimiento es construido socialmente. Hasta cierto punto, las categorías de "mente" y "cuerpo" son de nuestra propia creación. Son útiles en la medida que centran nuestro pensamiento y acciones en cosas de utilidad (por ejemplo, contribuyen a la salud, al bienestar y al uso eficiente de los recursos), pero cuando se toman demasiado literalmente pueden limitarnos. Es mejor mantener estos conceptos como lo que William James llamó categorías "frágiles"<sup>64</sup>, y de esta manera poder alterar o descartar categorías a medida que se acumulan las evidencias.

Segundo, podemos ir más allá en el pensamiento lineal multifactorial y multidimensional para considerar la teoría de la complejidad como un modelo más adecuado para poder entender la causalidad, el dualismo y la participación en el cuidado. La teoría de la com-

plejidad muestra, en sistemas abiertos, cómo, a menudo, es imposible conocer todos los contribuyentes y todas las influencias que hay en resultados médicos en particular. Describir las maneras en que los sistemas tienden a auto organizarse, por ejemplo las familias, puede dar interesantes pistas al profesional. También amortigua la tendencia a imponer expectativas poco realistas, como por ejemplo pensar que uno puede conocer y controlar todo lo referente a estas influencias y contribuciones<sup>65</sup>.

La contribución más duradera de George Engel fue ampliar el espectro de la mirada clínica. Su modelo biopsicosocial fue un llamado para que cambiáramos nuestra manera de entender al paciente y para ampliar el dominio del conocimiento médico que nos permita aplicarlo a las necesidades de cada paciente. Tal vez, la contribución más trascendente de Engel es la transformación de la manera de ver las enfermedades, el sufrimiento y el proceso curativo.

#### AGRADECIMIENTOS

Las siguientes personas han formulado una crítica importante a este artículo. Agradecemos y reconocemos sus contribuciones, no obstante no se infiere responsabilidad con respecto a los contenidos de este artículo: Drs: Rogelio Altisent, Lucy M. Candib, Jordi Cebriá, José Corrales, Blas Coscollar, Javier García-Campayo, Salvador García-Sánchez, Diego García, María León, Susan McDaniel, Fernando Orozco, Vicente Ortún, Timothy Quill, Roger Ruiz, Jorge Tizón, y Lyman Wynne.

#### REFERENCIAS

- 1.- ENGEL G. The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
- 2.- VON BERTANLAFFY L. Perspectives on General System Theory. New York,

- NY; George Braziller, Inc. 1975.
- 3.- KIEL L D, ELLIOT E. Chaos Theory in the Social Sciences. Ann Arbor, Mich: University of Michigan Press; 1996.
- 4.- MINUCHIN S, ROSMAN B L, BAKER L. Psychosomatic Families. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
- 5.- ENGEL G. The Clinical Application of the Biopsychosocial model. *AM J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.
- 6.- ENGEL G L. How much longer must medicine's science be bounded by a seventeenth century world view?. En: White K L, ed. *The task of Medicine: Dialogue at Wickenburg*, Menlo Park, Calif: The Henry Kaiser Family Foundation; 1988: 113-36.
- 7.- BROWN T M. Cartesian dualism and psychosomatics. *Psychosomatics* 1989; 30: 322-31.
- 8.- DAMASIO A R. *Descartes'Error*. New York, NY: Putnam's Sons 1994.
- 9.- PLESK P. Appendix B; Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. In: *Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing Chasm: A New Health Care System for the 21<sup>st</sup> Century*. Washington, DC: National Academies Press 2001: 322-35.
- 10.- MACKIE J L. Causes and Conditions. *Amer Philosoph Q* 1965; 2: 245-64.
- 11.- MACKIE J L. *The Cement of the Universe. A Study of Causation*. Oxford UJ: Oxford University Press 1974.
- 12.- BATESON G. *Steps to an Ecology Mind: A Revolutionary Approach to Man's Understanding of Himself*. New York, NY: Ballantine Books; 1972.
- 13.- SIMON F B, STIERLIN H, WYNNE L C. Circularity/recursiveness/circular causality. *The language of family therapy*. En: *A Systemic Vocabulary and Sourcebook*. New York, NY: Family Process Press 1985: 37-9.
- 14.- FRASER S W, GREENHALGH T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001; 323: 799-803.
- 15.- MILLER W L, CRABTREE B F, MCDANIEL R, STANGE K C.

**TEMA CENTRAL**

- Understanding change in primary care practice using complexity theory (véase comentarios). *J Fam Pract* 1998; 46: 369-76.
- 16.- SACKETT D L, HAYNES R B, TUGWELL P, GUYAT G H. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Boston, Mass; Little Brown and Co 1992.
- 17.- KIRMAYER L J. Mind and body as metaphors: hidden values in bio-medicine. En: Lock M, Gordon DR, eds. *Biomedicine Examined*. Boston, Mass: Kluwer Academic Publishers 1988; 57-93.
- 18.- ENTRALGO P L. *Doctor and Patient*. New York, NY: McGraw-Hill Book Company 1969.
- 19.- CANDIB L M. *Medicine and the Family: A Feminist Perspective*.
- 20.- TRESOLINI C. *Pew-Fetzer Task Force. Health Professions Education and Relationship-Centered Care*. San Francisco, Calif. Pew Health Professions Commission 1994.
- 21.- MEAD N, BOWER P. Measuring patient-centredness; a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ. Couns* 2000; 39: 71-80.
- 22.- PUTNAM S S, LIPKIN M. The patient-centered interview: research support. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The Medical Interview*, New York, NY: Springer-Verlag 1995.
- 23.- STEWARD M. Towards a global definition of patient centered care. *BMJ* 2001; 322: 444-5.
- 24.- TIZÓN J. *Psychological Components of Medical Practice*. Barcelona: Doyma 1989.
- 25.- BARTZ R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to doctor-patient interactions. *J Fam Pract* 1999; 48: 601-7
- 26.- HABERMAS J. *The Theory of Communicative Action: Volume I, Reason and the Rationalization of Society*, Boston, Mass: Beacon 1984.
- 27.- FRANK A W. *The Wounded Storyteller*. Chicago, III; The University of Chicago Press 1995.
- 28.- BORKAN J M, QUIRK M, SULLIVAN M. finding meaning after the fall: injury narrative from elderly hip fracture patients. *Soc Sci Med* 1991; 33: 947-57.
- 29.- HUNTER K M. *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton, NJ: Princeton University Press 1991.
- 30.- JONES A H. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ* 1999; 319: 253-6.
- 31.- KLEINMAN A M. *The Illness Narrative: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York, NY: Basic Books 1988.
- 32.- MEAD G H. *Mind, Self and Society*. Chicago, III: The University of Chicago Press 1962.
- 33.- EPSTAIN R M, QUILL T E, MC WHINNEY I R. Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Int Med* 1999; 159: 215-22.
- 34.- SALMON P, PETERS S, STANLEY I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318: 372-6.
- 35.- EPSTEIN R M. Mindful Practice. *JAMA* 1999; 282: 833-9.
- 36.- NOVACK D H, SUCHMAN A L, CLARK W, EPSTAIN R M, NAJBERG E, KAPLAN C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA* 1997; 278: 502-9.
- 37.- TORÍO J, GARCÍA M C. The clinical interview and the patient-physician relationship: opinions and preferences of consumers. *Aten Primaria* 1997; 19: 44-60.
- 38.- TORÍO J, GARCÍA M C. The clinical interview and the patient-physician relationship: opinions and preferences of consumers. *Aten Primaria* 1997; 19: 63-74.
- 39.- TORÍO J, GARCÍA M C. Evaluation of patient-orientation in primary care practice. *Aten Primaria* 1997; 20: 45-55.
- 40.- CANDIB L. Truth telling and advance planning at the end of life: problems with autonomy in a multicultural world. *Fam Syst Health* 2002; 20: 213-28.
- 41.- SLIVINSKE L R, FITCH V L. The effect of control enhancing interventions on the well-being of elderly individuals living in retirement communities. *Gerontologist* 1987; 27: 176-81.
- 42.- QUILL T E, BRODY H. Physician recommendations and patient autonomy; finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-9.
- 43.- BROGGI M A. The relationship of solidarity in the clinic. A Mediterranean alternative. *Homage to Lain Entralgo*. *JANO* 2000; 1329: 103-4.
- 44.- BORREL-CARRIÓ F, PRADOS J A. *Bad News. Simple Strategies for Complex Situations*. Barcelona: Doyma: 1995.
- 45.- TIZÓN J. Componentes Psicológicas de la Práctica Médica: Una Perspectiva Desde la Atención Primaria (Psychological Components of Medical Practice). Doyma: Barcelona 1989.
- 46.- CANDIB L. Working with suffering. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 43-50.
- 47.- EMANUEL E J, EMANUEL L L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
- 48.- UBEL P A. GAT should I do, doc? Some psychologic benefits of physician recommendations. *Arch Inter Med* 2002; 162: 977-80.
- 49.- EPSTAIN R M, MORSE D S, WILLIAMS G C, et al. Clinical practice and the biopsychosocial model. En: Quill TE, Frankel RM, McDaniel SH, eds. *The Biopsychosocial Model*. New York, NY: University of Rochester; 2002.
- 50.- BORRELL-CARRIÓ F, CEBRIÁ J. The helping relationship and the biopsychosocial model. En: Martín Zurro A, Cano F, eds. *Atención Primaria*. Madrid: Hartcourt Brace 1995.
- 51.- EPSTEIN R M. Mindful Practice in action (II): cultivating habits of mind. *Fam Syst Health* 2003; 21: 11-7.
- 52.- WEICK K M, SUTCLIFFE K M. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass 2001.
- 53.- NOVACK D H, EPSTAIN R M, PAULSEN R H. Toward creating

- physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med* 1999; 74: 516-20.
- 54.- EPSTEIN R M. Mindful practice in action I: technical competence, evidence-based medicine and relationship-centered care. *Fam Syst Health* 2003; 21: 1-10.
- 55.- SANTORELLI S. *Heal Thy Self. Lessons on Mindfulness in Medicine*. New York, NY: Bell Tower 1999.
- 56.- DEWEY J. *Experience and Nature*. New York, NY: Dover 1958.
- 57.- SUZUKI S. *Zen Mind, Beginner's Mind*, New York, NY. Weatherhill 1980.
- 58.- DOWRICK C, MAY C, BUNDRED P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *Br J Gen Pract* 1996; 46: 105-7.
- 59.- HAYNES R B. *BMC Health Services Research* 2002. Available at <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/2/3>.
- 60.- BORREL-CARRIÓ R, EPSTEIN R M. Preventing clinical errors: a call for self-awareness. *Ann Fam Med* 2004; 2: 310-6.
- 61.- POLANYI M. *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago, Ill: University of Chicago Press 1974.
- 62.- SCHON D A. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass 1987.
- 63.- EPSTEIN R M, QUILL T E, ALPER B. Communicating evidence for informed decision-making. *JAMA* 2004; 291: 2359-66.
- 64.- JAMES W. *Pragmatism: A New Name for Some Old Ways of Thinking*. New York, NY: Longmans Green 1907.
- 65.- STACEY R D. *Complex Responsive Processes in Organizations: Learning and Knowledge Creation*. London: Routledge 2001.