

ARTICULO DE REVISIÓN

## Modelos explicativos en psiquiatría

### Explanatory models in psychiatry

Torales, J.<sup>1,2</sup>, Barrios, I.<sup>1</sup>, Moreno, M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencia Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay

<sup>2</sup>Cátedra de Psicología Médica, Facultad de Ciencia Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay

#### RESUMEN

Variada y sólida evidencia indica que los trastornos de los que se ocupa la psiquiatría involucran procesos causales que actúan en los niveles micro y macro, dentro y fuera del individuo, y que incluyen componentes entendidos desde criterios biológicos, psicológicos y socioculturales. Ningún modelo explicativo que defienda una sola premisa (ya sea biológica, psicológica o sociocultural) es suficiente para dar cuenta y definir por completo a la psiquiatría. Por ende, se destaca que la psiquiatría debe ajustarse a un modelo integrativo, basado en el enfoque holístico biopsicosocial. Esto permitirá el desarrollo de un marco conceptual más práctico y coherente para la práctica psiquiátrica, a través de la integración de diversos elementos. En este artículo de revisión se discutirán los modelos explicativos clásicos en psiquiatría y el modelo integrativo jerárquico biopsicosocial, en el afán de reforzar la noción de que la psiquiatría, en vez de adoptar una sola perspectiva explicativa, como frecuentemente se realiza en las teorías tradicionales, es una ciencia basada en modelos etiopatogénicos pluralistas y de multinivel.

**Palabras clave:** psiquiatría; modelos explicativos; modelo biopsicosocial.

#### ABSTRACT

A variety of solid evidence suggests that psychiatric disorders involve causal processes at the micro and macro levels, both inside and outside the individual, and include components that are understood from biological, psychological and sociocultural criteria. No explanatory model that defends a single premise (whether biological, psychological or sociocultural) is sufficient to fully account for and define psychiatry. Therefore, it is emphasized that psychiatry must conform to an integrative model, based on a biopsychosocial holistic approach. This will allow the development of a more practical and coherent conceptual framework for psychiatric practice, through the integration of various elements. In this review article, we will discuss the classical explanatory models in psychiatry and the integrative biopsychosocial hierarchical model, in an effort to reinforce the notion that psychiatry, instead of adopting a single explanatory perspective, as is often done in traditional theories, is a science based on pluralist and multilevel models of etiology and pathogenesis.

**Keywords:** psychiatry; explanatory models; biopsychosocial model.

---

**\*Autor Correspondiente:** *Julio Torales. Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencia Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay*  
Email: juliotorales@gmail.com

Fecha de recepción: setiembre 2017; Fecha de aceptación: noviembre 2017

## INTRODUCCIÓN

Los tradicionales modelos de la ciencia ven el descubrimiento de leyes fundamentales como la meta final. Esto es, la ciencia debe tratar de explicar grandes detalles del funcionamiento del universo desde unos principios básicos, como las leyes de del movimiento y la gravedad de Isaac Newton (Kendler, 2005, 2008). Este modelo fue desarrollado desde la física y no se aplica fácilmente a las ciencias biológicas y a las ciencias sociales relevantes a la psiquiatría. Tanto es así que la implicancia fundamental de este modelo (que todos los procesos causales deben ser entendidos desde una perspectiva y un conjunto de leyes) ha sido desacertada en el campo de la salud mental y ha sido indirectamente promovida por el surgimiento de dos perspectivas antagónicas y, en palabras del profesor Kenneth S. Kendler, profesor de psiquiatría y genética del comportamiento de la Universidad de Virginia, Estados Unidos de América, contraproducentes (Kendler, 2008):

- *El reduccionismo*: Que postula que todas las enfermedades psiquiátricas son mejor explicadas solamente en términos de la neurociencia molecular; y,
- *El emergentismo*: Que postula, por otra parte, que todas las enfermedades psiquiátricas son mejor explicadas en términos psicológicos o sociales y no pueden ser deducidas desde la biología.

Estos modelos asumen, incorrectamente, que las enfermedades psiquiátricas pueden ser entendidas desde una perspectiva única (Engel, 1977; Marr, 1982; Kendler, 2005); algo de lo que la psiquiatría debe alejarse, para continuar construyéndose como una ciencia integracionista.

En este artículo de revisión se discutirán los principales modelos explicativos en psiquiatría, así como el modelo integrativo jerárquico. Esto será útil para reforzar la premisa de que la psiquiatría, en vez de adoptar una sola perspectiva explicativa, como frecuentemente se realiza en las teorías tradicionales, es una ciencia basada en modelos etiopatogénicos pluralistas y de multinivel (Kendler, 2008).

## MODELOS EXPLICATIVOS CLÁSICOS

Se han sucedido cambios dramáticos en la manera en que la psiquiatría ha percibido su labor en los últimos cien años. Al inicio del siglo XX, se consideraba que la mayoría de los trastornos psiquiátricos eran desórdenes degenerativos que solo podían prevenirse por los avances en la neurociencia o por el control de las infecciones, como la sífilis. En este modelo, el paciente era tan solo un receptor pasivo de un tratamiento diseñado a contrarrestar alteraciones neurológicas y fisiopatológicas (Tyrer, 2010). Este modelo fue promovido y reforzado por el éxito de la terapia electroconvulsiva, el coma insulínico y la revolución psicofarmacológica que significó el descubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina por Delay y Deniker en 1952 (García-Valero, 2015; Torales & Arce, 2017).

No obstante, desde 1930 aproximadamente, muchos psiquiatras y psicólogos comenzaron a expresar su insatisfacción acerca de lo que llamaron el "modelo médico" de la psiquiatría. La introducción de tratamientos psicológicos exitosos y la demostración de que los problemas psicológicos podían crearse, o al menos gatillarse, por eventos vitales también ayudó en el cambio de actitudes. La noción de que había algo más que "trastornos psiquiátricos neurobiológicos" comenzó gradualmente a desarrollarse, y fue así que las manifestaciones psicológicas y sociales de la enfermedad asumieron mayor prominencia.

En 1977, George Engel, profesor de psiquiatría de la Universidad de Rochester, con la ayuda del profesor John Romano, titular y jefe de psiquiatría, desarrolló la primera malla curricular basada en el modelo biopsicosocial para todas las asignaturas de grado de la carrera de medicina de Rochester. La propuesta de Engel fue publicada en *Science* (Engel, 1977) y utilizó a la esquizofrenia y a la diabetes como ejemplos de que el modelo biopsicosocial podía aplicarse a todas las enfermedades.

Actualmente se acepta, en general, que el modelo biopsicosocial es el más apropiado para ser utilizado en la práctica médica. Sin embargo, se debe ser cauteloso en no utilizar el modelo de Engel en todas las situaciones, puesto que resulta imposible acomodar todos los aspectos del modelo en todos los pacientes individuales, particularmente en situaciones de emergencia. Tyrer y Steinberg (Tyrer & Steinberg, 2005) han insistido en que existen cuatro modelos operando en distintos tiempos en la práctica psiquiátrica (y, claro está, en otras áreas de la medicina) y que estos modelos necesitan ser articulados y armonizados apropiadamente en cada paciente. Los cuatro modelos son: 1. Biomédico; 2. Psicodinámico; 3. Cognitivo-conductual; y, 4. Social.

### **Modelo biomédico**

El modelo biomédico asume que todo aspecto de la patología mental se acompaña de patología física. Afirma, además, que la clasificación de esta patología permite que la enfermedad mental sea ordenada en exactamente la misma forma que la medicina "física", en la cual las enfermedades tienen características comunes. Este modelo plantea que la enfermedad mental es discapacitante y desventajosa para el individuo, y que su causa está directamente explicada por sus consecuencias físicas.

En este modelo, el procedimiento de identificación de un trastorno mental es el mismo que el utilizado en medicina general, aunque con algunos procesos diferenciales. La identificación de signos físicos es reemplazada por la exploración psicopatológica (examen del estado mental), y la historia clínica incluye muchos aspectos que usualmente no se investigan en medicina general. La formulación diagnóstica que se completa al final de la evaluación es similar al diagnóstico presuntivo de una condición médica (Tyrer, 2010).

La Tabla 1 resumen las características principales del modelo biomédico (Medina-Amor, Suárez-Guinea, & Losantos-Pascual, 2010).

**Tabla 1.** Características principales del modelo biomédico.

- 
- El concepto de enfermedad implica una anomalía biológica subyacente (ya sea en la estructura o en la función de algún sitio corporal);
  - Una causa orgánica es la responsable de la clínica que presenta el paciente;
  - El diagnóstico se hace a partir de los signos y síntomas del paciente (a veces se precisan pruebas de laboratorio o imágenes);
  - El diagnóstico conduce al pronóstico; y,
  - El tratamiento, básicamente biológico, se dirige a la supuesta causa orgánica de la enfermedad.
-

### **Modelo psicodinámico**

Muchos autores afirman que el modelo psicodinámico es tan solo una etapa en el desarrollo de la psiquiatría; no obstante, continúa siendo un importante elemento del pensamiento psiquiátrico actual. El proceso central del modelo psicodinámico es el análisis de los patrones del sentimiento del individuo. Éstos son, frecuentemente, difíciles de acceder y los pacientes racionalizan una gran proporción de los mismos. Sin embargo, se muestran de varias maneras, muchas veces disfrazadas, y esto requiere de un mayor y exhaustivo análisis. Mucho de esto involucra la noción de que una gran parte del pensamiento se encuentra en un nivel inconsciente y que lo que se asume de manera consciente, así como las suposiciones conscientes acerca de cómo los pensamientos y sentimientos se han desarrollado, a menudo pueden estar erradas.

Un principio asociado es que esos sentimientos son mantenidos inconscientes y, deliberadamente y con frecuencia, bajo secreto, porque son considerados peligrosos o no confortables de exponerlos abiertamente. Lograr que el individuo comparta "ese secreto" es una parte del proceso psicodinámico y puede estar asociado con considerable resistencia del paciente (Gallegos, 2013; Medina-Amor et al., 2010).

Se asume además en la teoría psicoanalítica, pero no necesariamente en todo el entendimiento psicoanalítico, que el terapeuta debería estar completamente consciente de la naturaleza de las interacciones y sentimientos (transferencia y contratransferencia en la relación terapeuta/paciente) así como de los patrones de dificultad antedichos. Esto ayudaría al terapeuta a entender los mecanismos de defensa del paciente, tales como la proyección y la negación, que podrían no ser reconocidos fácilmente (Torales, 2012).

En el modelo psicodinámico, es también importante que el terapeuta sea neutral y no realice juicios de valor sobre ningún área. De la misma forma, es sabio asumir que existen deficiencias en todas las personas, ocultas en distinto grado, y que no existe una superioridad innata en ningún individuo. Es importante puntualizar que la terapéutica psicodinámica es compleja, y muchos profesionales no entrenados en ella pueden perderse con facilidad.

Las características principales del modelo psicodinámico se presentan en la Tabla 2 (Medina-Amor et al., 2010).

**Tabla 2.** Características principales del modelo psicodinámico.

- 
- La enfermedad mental es el resultado de conflictos psicológicos inconscientes que surgen en la patobiografía del individuo (experiencias tempranas);
  - El diagnóstico de una enfermedad mental requiere identificar las fuerzas dinámicas que lo dirigen, impulsan y perpetúan;
  - Se adopta una perspectiva dimensional, asumiendo una continuidad entre salud y enfermedad (alteraciones emocionales leves ⇒ neurosis ⇒ psicosis); y,
  - La forma de afrontar la patología será desde la investigación y terapia psicoanalítica.
-

### Modelo cognitivo-conductual

El modelo cognitivo-conductual es actualmente muy conocido. Es importante recalcar que fue precedido por el enfoque conductista, mejor ilustrado por los estudios sobre las fobias de Watson y Rayner (Watson & Rayner, 1920) en 1920, y que solo recientemente recibió el enfoque cognitivo por añadidura. Las características principales de ambos enfoques se ilustran a en la tabla 3 (Medina-Amor et al., 2010):

**Tabla 3.** Características principales de los enfoques conductista y cognitivo.

---

<p><b>Enfoque conductista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte de los constructos básicos del condicionamiento (clásico y operante) y considera a la enfermedad mental como resultado del aprendizaje de hábitos inadecuados que pueden surgir en cualquier momento de la vida;</li> <li>• Rechaza las categorías médicas tradicionales y considera que la conducta "anormal" se diferencia tan solo cuantitativamente de la "normal";</li> <li>• El diagnóstico médico tradicional queda sustituido por el diagnóstico funcional de la conducta;</li> <li>• Adopta una perspectiva dimensional (continuidad entre hábitos correctos ⇒ anómalos); y,</li> <li>• Acentúa la importancia de los factores del ambiente, que condicionan el aprendizaje que ha recibido el individuo desde la infancia.</li> </ul>
<p><b>Enfoque cognitivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera la enfermedad mental como el resultado de una representación distorsionada de la realidad, con estrategias de conducta inadecuadas;</li> <li>• En vez de referirse a conductas anormales o enfermedades mentales, utiliza términos más amplios y difusos como experiencias inusuales o anómalas, conceptualizados como actividades mentales con sus correlatos físicos y comportamentales; y,</li> <li>• Existe una continuidad entre las estructuras cognitivas normales y las anómalas.</li> </ul>

---

Ambos enfoques juntos dan lugar al modelo cognitivo-conductual. El principio básico de este modelo es que las cogniciones de las personas determinan su visión del mundo, que esas cogniciones influyen en los síntomas, conductas y actitudes, y por ello en las características de la enfermedad mental. La persistencia de la enfermedad mental es frecuentemente la consecuencia de errores continuos en las cogniciones y las conductas maladaptativas. Los cambios, para mejor o peor, de los trastornos mentales son asociados con un significativo cambio en las cogniciones y el comportamiento. En la mayoría de las circunstancias, el modelo cognitivo-conductual pone a prueba las cogniciones actuales y las actitudes del paciente, pero puede extenderse a creencias de larga data y esquemas mentales (por ejemplo, al tratar a personas con trastornos de la personalidad) (Tyrer & Davidson, 2000).

El modelo cognitivo-conductual es empírico, y toma evidencia de los pacientes individuales, integra esa evidencia en una aproximación terapéutica general y luego provee de intervenciones específicas para modificar las distorsiones cognitivas de los pacientes, hacia cogniciones más adaptativas y positivas. El modelo conductista que lo precedió es mucho más limitado y fue desarrollado más como una reacción al modelo psicodinámico y a la necesidad de una estructura separada para el conductismo.

Eysenck y Rachman (1965) habían esgrimido sus cuestionamientos hacia el psicoanálisis y postulado que los síntomas neuróticos eran hábitos aprendidos: "*Libérense del síntoma y habrán eliminado la neurosis*", decían (Eysenck & Rachman, 1965). La principal preocupación de estos autores radicaba en que el psicoanálisis se ocupaba de eventos pasados y sentimientos, pero olvidaba el presente; además, no existían métodos confiables para eliminar los síntomas, excepto en algunos casos.

El modelo cognitivo-conductual es colaborativo y el paciente debe estar activamente involucrado con el desarrollo del mismo. El modelo cognitivo-conductual ha sido probado en la casi totalidad de los trastornos mentales, con algún grado de éxito en todos ellos (Tyrer, 2010), y ha demostrado gran adaptabilidad, para el tratamiento de un simple distrés hasta los desintegrativos efectos de la esquizofrenia.

### **Modelo social**

Finalizada la II Guerra Mundial, se da un empuje al desarrollo de la psiquiatría social. Esta orientación destaca la importancia de los factores sociales en la génesis de los trastornos mentales

El modelo social establece que los trastornos mentales son consecuencia directa de problemáticas sociales y eventos que crean problemas al individuo, que son subsecuentemente etiquetados como "trastornos". Esto es entendible en el caso de los problemas relacionados con estrés externo (por ejemplo, aquellos con código Z en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, o código V en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría), pero es mucho menos claro en trastornos crónicos o severos (American Psychiatric Association, 2013; Medina-Amor et al., 2010). Un buen ejemplo de esto último se puede observar en la obra del psiquiatra escocés Ronald Laing sobre la esquizofrenia.

La intelectualidad "laingniana" postula que la esquizofrenia es una consecuencia de la exposición del individuo a una serie de mensajes conflictivos, de los que únicamente puede escapar a través de una forma diferente de la realidad: una realidad psicótica que no es la representación verdadera del mundo, pero es al menos más "segura". A tal discontinuidad-ruptura del esquizofrénico con la realidad externa, Laing la describe comprensivamente sirviéndose de los términos *posición existencial básica de seguridad ontológica* (entendiendo por ésta aquella en la que la propia existencia es segura, resultando la relación con el otro potencialmente agradable y satisfactoria), que contrapone a la de *inseguridad ontológica* (donde las circunstancias ordinarias amenazan la cotidianidad, estando el sujeto más preocupado por preservarse que por coexistir con los demás), empleando filosóficamente la palabra ontológica en su sentido empírico, usando al exponer ambas posiciones ideas de la obra de L. Trilling, "*El opuesto self*" (1955) (Balbuena Rivera, 2011; Laing, 2006).

En el modelo social se pueden diferenciar dos niveles: 1. Micro-social: Que considera que la enfermedad mental es una consecuencia de la alteración de las relaciones interpersonales y de la comunicación en los grupos familiares y otros pequeños; y, 2. Macro-social: Que centra la atención en las grandes estructuras sociales y el papel patógeno que poseen la desintegración y el conflicto social.

En la Tabla 4 se presentan las características principales del modelo social (Medina-Amor et al., 2010).

**Tabla 4.** Características principales del modelo social

- 
- Considera que los factores sociales desempeñan un papel preponderante en el desarrollo y persistencia de la morbilidad psiquiátrica;
  - Existe una continuidad entre salud y enfermedad mental; y,
  - La tarea de la psiquiatría sería la de transformar las estructuras sociales.
- 

Otro enfoque relevante es el que incorpora el modelo de la teoría social de la esquizofrenia, específicamente la teoría del doble vínculo. Esta teoría, ideada por el equipo de investigación de Gregory Bateson, en California (1956), se desarrolló para demostrar la influencia de la comunicación humana en patologías mentales severas, tales como esquizofrenia, psicosis, adicciones, anorexia nerviosa, y bulimia, entre otras

Bateson y colaboradores plantearon la hipótesis del doble vínculo, considerada fundamental a la hora de reflexionar sobre las formas de interacción humana. El doble vínculo (también conocido como doble constreñimiento) es una situación comunicativa en la que una persona recibe mensajes diferentes o contradictorios. Bateson intentó dar cuenta, a través del doble vínculo, de la aparición de la esquizofrenia, no asumiendo la existencia de una simple disfunción orgánica del cerebro (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956).

La esencia de un doble vínculo es el hecho de que hay dos imperativos en conflicto, ninguno de los cuales puede ser ignorado, lo cual deja a la persona frente a una disyuntiva insoluble, pues cualquiera de las dos demandas que quiera cumplir anula la posibilidad de cumplir con la otra.

Ejemplos de doble constreñimiento:

- Los mensajes contradictorios se pueden presentar mediante medios verbales y no verbales. Por ejemplo, uno de los padres dando mensajes diferentes, ninguno de los cuales puede ser ignorado, como una madre diciendo "¿Por qué no me demostrarás amor?" y, a la vez, enviado otro mensaje por un medio no verbal, por ejemplo, alejándose del contacto físico con el niño.
- "¿Has dejado ya de robar a tu jefe?". La implicancia de que la pregunta debe recibir un "sí" o un "no" por respuesta crea una situación de doble constreñimiento; la única respuesta que no condenaría al cuestionado es hacer notar la premisa falsa que hay implícita en la pregunta, esto es que de hecho le ha robado a su jefe. De cualquier manera, de acuerdo con el significado literal de la pregunta, si uno nunca hubiera robado a su jefe la respuesta "sí" sería incorrecta, pues uno no puede haber dejado de realizar una acción que nunca ha realizado; lo mismo con la respuesta "no", pues uno no puede haber continuado con la realización de una acción que nunca empezó.
- Un médico residente que "cuestiona la autoridad de un Profesor", lo obliga a reconocer la primacía de tal autoridad.

Algunos autores han afirmado que la teoría del doble vínculo se creó para desafiar exitosamente los hallazgos que apuntaban a una base genética para la esquizofrenia y otras enfermedades mentales (García-Cabeza, 2008).

### Limitaciones

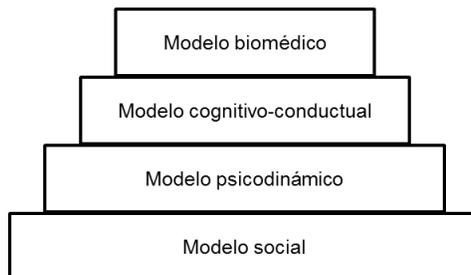
Cada uno de los modelos presentados son de utilidad limitada, pues si bien aportan distintas perspectivas sobre el concepto de trastorno mental y la psiquiatría, ninguno es suficiente *per se* para dar cuenta de su complejidad. Existen también propuestas que tratan de integrar los modelos anteriores, con la intención de evitar los reduccionismos, aunque tampoco resultan del todo satisfactorias. Como ejemplo, se destaca el modelo biopsicosocial de Engel que pretende ser ecléctico aspirando a integrar, de una forma global y dinámica, la personalidad con los niveles biológicos y sociales. Partiendo de la teoría general de sistemas, organiza jerárquicamente las variables diagnósticas, desde lo molecular a lo sociocultural, aunque a veces el resultado puede ser confuso y con dificultades de aplicación en la práctica. Su importancia, no obstante, radica sobre todo en la llamada de atención sobre la necesaria integración de los componentes biológicos, psicológicos y sociales de los trastornos mentales.

### MODELO INTEGRATIVO JERÁRQUICO

La psiquiatría se ha enfrentado por mucho tiempo con la interrelación, muchas veces conflictiva, entre las perspectivas explicativas biológica, psicológica y sociocultural; no obstante, solamente un proceso iterativo de interacción entre todas estas perspectivas profundizará la comprensión de la ciencia psiquiátrica (Marr, 1982).

Muchos médicos afirman que utilizan un "modelo biopsicosocial" en su actividad clínica diaria, aunque frecuentemente no lo hacen en la práctica (Tyrer, 2010). En 2005, el entonces presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría, profesor Steven Sharfstein, mencionó que el modelo biopsicosocial de Engel se estaba convirtiendo, cada vez más, en un modelo "bio-bio-bio", debido a la influencia de la industria farmacéutica (Sharfstein, 2005). Además, no es fácil adoptar todas las facetas del modelo al mismo tiempo.

Tyrer y Steinberg han sugerido que la mejor forma de integrar los modelos biológico, cognitivo-conductual, psicodinámico y social es a través de un enfoque jerárquico biopsicosocial (Tyrer, 2010; Tyrer & Steinberg, 2005), como una remembranza del modelo propuesto por Foulds en 1965 (Foulds, 1965). En el modelo integrativo jerárquico es importante primero decidir en qué nivel se encuentra cada paciente (Figura 1).



**Figura 1.** Relación entre los cuatro modelos explicativos en psiquiatría

El nivel más alto incluiría a la esquizofrenia y otras psicosis, a los episodios maníacos con síntomas psicóticos de un trastorno bipolar, a la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, a las psicosis asociadas a sustancias (como el síndrome de Korsakoff) y a la depresión psicótica. En este nivel, a fin de asegurar una intervención efectiva, el modelo que debe usarse es el biomédico. Por lo tanto, para el paciente que se presenta con un síndrome de Kahlbaum (catatonía) y no está comiendo o bebiendo (Torales, Arce, Gómez, & Maggi, 2017) es bastante inapropiado esperar que cualquier modelo basado en la interacción y la conversación sea efectivo o produzca, al menos, un cambio significativo. Lo importante para el paciente en ese momento es comer y beber y que sus funciones vitales básicas sean garantizadas, antes de que pueda ofrecérsele otra forma de involucramiento terapéutico (Tyrer, 2010). En instancias extremas, incluso es necesario aplicar terapias para salvar la vida, como por ejemplo terapia electroconvulsiva.

En el segundo nivel, el cognitivo-conductual, el paciente es capaz de involucrarse en una conversación y debate, y es además capaz de formular respuestas a preguntas, y participar en procesos interactivos complejos. Este es el momento en que el modelo cognitivo-conductual puede utilizarse, tanto en la esquizofrenia (cuando la fase aguda se ha manejado correctamente) y otras condiciones menos graves como la ansiedad, la depresión y los desórdenes fóbicos, donde si bien existe considerable distrés no hay alteración en los constructos de realidad (Tyrer & Steinberg, 2005). El debate terapeuta-paciente se realizará abarcando también las opciones de intervención posibles: psicofármacos, psicoterapia o ambas.

El psicodinámico es el tercer nivel. El mismo es necesario cuando alguna mejoría ha sido obtenida y se deben tomar decisiones acerca de cómo seguir adelante. El hecho de tener una comprensión de las motivaciones ocultas y los conflictos pasados puede tener una particular valía y ser relevante al decidir planes a largo plazo, para promocionar la salud mental del individuo. Aquí se debe manejar el binomio transferencia-contratransferencia de manera cautelosa: si el paciente es muy irritante, se corre el riesgo que el médico cierre la terapia.

El nivel más bajo en el modelo jerárquico integrativo es el social, pero no por ello es el menos importante. La integración final de la persona a su comunidad, de una manera satisfactoria tanto para ella como para la sociedad, es muy importante, y muchas veces determinante en la prevención y posibilidad de recaídas.

Un buen resumen del modelo integrativo, desde un punto de vista biopsicosocial, a través de todas sus vertientes etiológicas, puede resumirse en las tres "P" (Aquilina & Warner, 2004; Tyrer, 2010; Tyrer & Steinberg, 2005):

- *Predisponente(s)*: ¿Qué hizo posible este problema?
- *Precipitante(s)*: ¿Por qué se inició ahora-hoy-ayer y no antes?
- *Perpetuante(s)*: ¿Por qué sigue sucediendo?

La utilización de estas tres "P" permite identificar fácilmente elementos relevantes de cada uno de los modelos descriptos en este artículo. Esto también ayuda en el funcionamiento del equipo multidisciplinario, donde los diferentes modelos pueden ser más o menos preferidos por sus integrantes, y el reconocimiento de estas preferencias es el primer paso hacia la armonización de las mismas.

## CONCLUSIONES

La forma en que se define la “anormalidad” está estrechamente relacionada con la clase de problemas que la psiquiatría debe afrontar. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (Real Academia Española, 2014) define la norma como la regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etcétera. Lo anormal sería entonces lo que se desvía de la norma.

El problema, en principio, consiste en especificar la norma de referencia para calificar una conducta como “anormal”, por lo que se han propuesto una serie de criterios (Medina-Amor et al., 2010): 1. Estadístico; 2. Subjetivo; 3. Social; 4. Biológico; y. 5. Otros. La descripción de cada uno de estos criterios va más allá del objetivo del presente artículo; no obstante, existen algunos elementos, en los que coinciden una serie de autores, que son característicos de la anormalidad psíquica. Entre estos elementos se encuentran (Palacio, 2013):

- *Sufrimiento personal*: Se refiere al padecimiento de un malestar del sujeto, causado por algún factor interno o externo;
- *Falta de adaptación al entorno*: Se refiere al comportamiento anómalo que impide a la persona relacionarse con su entorno, lo que genera dificultades sociales, personales y laborales;
- *Irracionalidad e incomprendibilidad*: Se refiere a esos comportamientos que no se pueden explicar racionalmente;
- *Malestar en el observador*: Que va de la mano con la ruptura de las convenciones sociales y que causan molestias a otras personas;
- *Violación a las normas morales*: Se refiere a la violación de comportamientos morales. Cuando el comportamiento se sale de esa manera adecuada de comportarse, se dice que hay una anormalidad;
- *Déficit (psicológico, sensorial, otros)*: Que dificulta el desarrollo de la persona en la vida cotidiana y en los aspectos físico, intelectual, afectivo y/o social.

En psiquiatría, la naturaleza de un fenómeno o conducta definidos como patológicos no vienen dados por su anormalidad o desvío de la norma (o de lo que debe ser), sino porque bajo tal fenómeno o conducta subyacen mecanismos que comportan al sujeto una restricción de su libertad. Bajo el tamiz de la libertad (entendida como forma de enriquecimiento existencial que mejore las relaciones humanas inter e intrapersonales) puede entenderse por qué los trastornos mentales (por ejemplo, las psicosis, las alteraciones de la personalidad, entre otras) son patológicos, en cuanto representan para la persona una pérdida (o al menos una dificultad) de las posibilidades de autorrealización (Vallejo, 2011).

Variada y sólida evidencia indica que los trastornos psiquiátricos involucran procesos causales que actúan en los niveles micro y macro, dentro y fuera del individuo, y que incluyen componentes entendidos desde las perspectivas biológica, psicológica y sociocultural.

Todos y cada uno de los modelos expuestos, por sí solos, resultan insuficientes como referencia para dar cuenta y definir por completo a la psiquiatría. Sin embargo, lejos de ser incompatibles son complementarios e igualmente necesarios para la comprensión de estos conceptos. Asimismo, es de destacar que el que una conducta sea considerada “anormal” no implica necesariamente que sea patológica. Incluso existen grados dentro de cada anomalía o alteración y no todos implican una alteración psicopatológica.

Finalizando, se insiste en que la psiquiatría debe alejarse del modelo basado en leyes fundamentales, descripto al inicio de este artículo, buscando un modelo integrativo, basado en el enfoque biopsicosocial. Esto produciría un marco conceptual más práctico y coherente. La integración de los elementos biológicos, psicológicos y socioculturales es prácticamente imposible utilizando un modelo basado en leyes fundamentales; sin embargo, esta conjunción fluye homogéneamente al utilizar una aproximación de base integrativa y de mecanismos de multinivel.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a ed.) Arlington VA: APA Press.
- Aquilina, C., & Warner, J. (2004). *A guide to psychiatric examination*. Londres: PasTest.
- Balbuena Rivera, F. (2011). R. D. Laing: un "rebelde" que desafió el orden psiquiátrico imperante. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 679-91.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-64. <https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-36.
- Eysenck, H., & Rachman, S. (1965). *The causes and cures of neurosis*. Londres: Routledge & Paul.
- Foulds, G. (1965). *Personality and personal illness*. Londres: Tavistock Press.
- Gallegos, W. L. A. (2013). Psicología clínica y psicoterapia: Revisión epistemológica y aportes de la psicología positiva. *Revista peruana de psicología y trabajo social*, 2(1), 137-54.
- García-Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 9-25.
- García-Valero, M. (2015). Introducción a la psicofarmacología. En R. Espert-Tortajada (Ed.), *Máster en Psicofarmacología* (1a ed., pp. 1-62). Valencia: Alfa Delta Digital SL.
- Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 433-40. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433>
- Kendler, K. S. (2008). Explanatory Models for Psychiatric Illness. *The American journal of psychiatry*, 165(6), 695-702. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07071061>
- Laing, A. (2006). *Laing. A Life* (2a ed.). Londres: Sutton Publishing.
- Marr, D. (1982). *Vision: a computational investigation into the human representation and processing of visual information*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Medina-Amor, J., Suárez-Guinea, R., & Losantos-Pascual, R. (2010). Conceptos de enfermedad mental. En M. Bravo, J. Saiz, & J. Bobes (Eds.), *Manual del Residente en Psiquiatría* (1a ed., Vol. Tomo I, pp. 13-19). Madrid: ENE Life Publicidad.
- Palacio, L. (2013). Sobre el concepto de anormalidad. *Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, 5(7), 1-6.
- Real Academia Española. (2014). Norma. *Diccionario de la Real Academia Española* (23a ed.). Madrid: Real Academia Española.
- Sharfstein, S. S. (2005). Big Pharma and American Psychiatry: The Good, the Bad, and the Ugly. *Psychiatric News*, 19 (3). <https://doi.org/10.1176/pn.40.16.00400003>
- Torales, J. (2012). *Mecanismos de defensa en Psicología Médica* (Monografía). San Lorenzo: Universidad Nacional de Asunción.
- Torales, J., & Arce, A. (2017). Principios de Psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*, 1(1), 54-99.
- Torales, J., Arce, A., Gómez, N., & Maggi, C. (2017). *La exploración psicopatológica: una introducción a la semiología psiquiátrica*. Asunción: EFACIM.
- Tyrer, P. (2010). The Bio-psychosocial models of etiology and management. En D. Bhugra, S. Bell, A. Burn, & O. Howes (Eds.), *The Complete Psychiatry* (1a ed., pp. 9-16). Londres: RCPsych Publications.
- Tyrer, P., & Davidson, K. (2000). Cognitive therapy in personality disorder. En G. Gabbard & J. Gunderson (Eds.), *Review of Psychiatry: personality disorders* (pp. 33-64). Arlington VA: APA Press.

- Tyrer, P., & Steinberg, D. (2005). *Models for mental disorder: conceptual models in Psychiatry* (4a ed.). Londres: Wiley.
- Vallejo, J. (2011). Introducción (II). Modelos psiquiátricos. Noción de normalidad psíquica. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7a ed., pp. 19-32). Barcelona: Elsevier.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of experimental psychology*, 3(1), 1-14.