

## De la multicausalidad bio-psico-social a una concepción integradora de la psicoterapia

Editorial para la revista Archivos de Neurobiología. Revista de Psiquiatría y disciplinas afines fundada en 1919 por J. Ortega y Gasset, G.R. Lafora, J.M. Sacristán

El modelo Bio-psico-social descrito hace años y refinado recientemente por Sperry (1992), nos sirve como marco teórico de referencia desde el cual poder comprender el complejo entramado de factores bio-psico-sociales que están implicados como predisponentes, precipitantes y mantenedores de las enfermedades mentales, pudiendo así articular la compleja realidad clínica desde una perspectiva de multicausalidad. A estas alturas, en nuestra práctica clínica cotidiana es obligado prestar atención a esta multiplicidad de factores que, de manera simultánea y/o secuencial, se encuentran presentes en un trastorno mental concreto. Este planteamiento conlleva poner en práctica estrategias de tratamiento integrado que intervengan en cada uno de los subsistemas implicados.

Esta misma actitud, de búsqueda de nuevos niveles explicativos y de intervención, es la que nos hace a muchos psicoterapeutas plantearnos y acercarnos a la psicoterapia de otra forma según la cual, con una visión integradora, pretendemos mirar más allá de los confines de una escuela simple y singular con la intención de ver qué es lo que podemos aprender y utilizar de otras escuelas. La integración en psicoterapia implica la síntesis de "los mejores y mas brillantes" conceptos y métodos en nuevas teorías y modelos prácticos de tratamiento (1). La evidencia empírica de efectividad, el respaldo académico y la congruencia con lo socialmente reconocido como válido, son los criterios de validación de los nuevos conceptos psicoterapéuticos que, entre otros, proponía Strenger (1992) para no caer en el sincretismo y la anarquía teórico/técnica.

Estos modelos de intervención integrada son lo que hoy denominamos modelos integradores de psicoterapia, cuya implantación a nivel internacional (y poco a poco a nivel Nacional) resulta progresivamente creciente y la aproximación y diálogo entre diferentes escuelas psicoterapéuticas está convirtiéndose en un hecho real en nuestra práctica asistencial, de tal forma que como recogen los últimos trabajos publicados sobre el tema, en torno al 50% de los psicoterapeutas norteamericanos se reconocen así mismos como integradores y/o eclécticos (Jensen,1990; Norcross, 1992).

Se podría pensar que esta concepción integradora en psicoterapia es una moda mas importada de Estados Unidos, pero una revisión de la historia de los intentos de integración en psicoterapia nos dice otra cosa. Tradicionalmente se ha planteado la historia de la Psicoterapia como la historia de paradigmas que se desarrollan de manera desconectada sin tenerse en cuenta unos a otros, viniendo su desarrollo marcado por las escisiones, las divergencias, los enfrentamientos y las rivalidades, así como por las descalificaciones tanto teóricas como técnicas e incluso en muchas ocasiones personales. Pero esto no deja de ser una visión un tanto maniquea de la historia de la psicoterapia. Las cosas como siempre, son más complejas y a lo largo de estos casi 100 años, los intentos de integración han sido también una constante. Sus comienzos datan de la década de los años 30 y desde entonces la publicación de artículos y libros al respecto ha sido y es incesante (Mirapeix, C y González de Rivera, J,L en prensa, disponible para los interesados).

Desarrollando lo que planteaba en el primer párrafo, las intervenciones multinivel bio-psico-sociales, estarían dentro de lo que denomino modelos de intervención integrada **intersistema** (longitudinal); es decir, intervenciones dirigidas a la modificación de factores biológicos, psicológicos y sociales que pretenden favorecer la recuperación y la evolución adecuada del trastorno. Un paso más allá de esta práctica clínica integradora bio-psico-social y de esta estrategia de intervención integrada intersistema (longitudinal), se encuentran los modelos de intervención integrada **intrasistema** (transversales, dentro del subsistema psicológico), y me refiero concretamente a las intervenciones psicoterapéuticas integradas que toman en consideración elementos teóricos procedentes de diferentes escuelas psicoterapéuticas, que se marcan objetivos terapéuticos que pudieran ser suscritos por otros modelos de psicoterapia clásicamente antagónicos y cuyas estrategias intervención van a utilizar técnicas procedentes de diferentes abordajes psicoterapéuticos. Solo una concepción de circularidad causal, y de complementariedad entre los factores implicados, permite el diseño de intervenciones integradas en un nivel de integración intrasistema (transversal). Solo desde aquí podremos trascender la escisión entre los tres componentes básicos del comportamiento (en el subsistema psicológico), cognición afecto y conducta, para así podernos acercar a una comprensión más global de los mecanismos íntimos de funcionamiento del sujeto. Modelos de intervención psicoterapéutica integrados hay varios, uno específico de tipo cognitivo-analítico (Ryle 1991, 1995) y diseñado para intervenir en trastornos de ansiedad con comorbilidad en el eje II, ha sido presentado recientemente en otro lugar (2). En el modelo mencionado la integración es múltiple inter e intrasistema (longitudinal y transversal).

Y es que tenemos que ser autocríticos y darnos cuenta de que, cuando nuestro sesgo teórico no nos deja prestar atención a toda esta complejidad, resulta que como terapeutas somos tan culpables de nuestra falta de atención selectiva a contribuciones potencialmente beneficiosas de otras orientaciones, como lo son nuestros pacientes de su dificultad en apreciar los cambios que podrían mejorar sus vidas. Con frecuencia realizamos intervenciones terapéuticas dirigidas a modificar el pensamiento dicotómico (maniqueo, polar, escindido) de nuestros pacientes, intentando hacerles que

desarrollen una mayor amplitud en su capacidad de juicio, relativizando sus posiciones para que no se sitúen en polos antagónicos en el análisis de la realidad que se plantean. De la misma forma, los terapeutas debiéramos trascender nuestra tendencia a colocarnos en una concepción estrecha, polar y dicotómica de la realidad clínica, siendo capaces de admitir que las cosas, habitualmente son más complejas que lo que nuestro paradigma teórico nos permite explicar y que haríamos bien en relativizar nuestros juicios, estar abiertos a aportaciones provenientes de fuera de nuestro propio sistema, permitirnos aprender de lo que dicen otros y no creer que nuestra teoría tiene "la verdad" que explica la conducta humana (3).

Tal es así, que si los terapeutas cognitivo conductuales hubiesen aprendido de los terapeutas psicodinámicos orientados interpersonalmente en cómo focalizar en el funcionamiento interpersonal de los pacientes, estos hubiesen mejorado el impacto que producen en el ajuste social de sus pacientes. De manera similar, los terapeutas psicodinámicos hubiesen podido mejorar su efectividad a la hora de provocar una reducción en los síntomas si hubiesen adoptado algunos procedimientos utilizados por los terapeutas cognitivo conductuales (Castonguay, 1989).

Sólo una nueva actitud abierta, dialogante, buscadora de complementariedades y sinergismos, nos va a permitir enriquecer nuestros modelos de intervención en general y psicoterapéuticos en particular. Será el dialogo fructífero entre escuelas y la investigación rigurosa, la que nos permitirá obtener tratamientos más efectivos para nuestros pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- (1) Gold JR. Key concepts in psychotherapy integration. New York. Plenum press. 1996
- (2) Mirapeix C. Cognitive analytic therapy as an integrated approach for treating anxiety disorders with comorbidity in axis II. In : Symposium on Psychotherapy integration and it's discontents (Chair. F.Knobloch). X World Congress of Psychiatry. Madrid. 23-28 de Agosto 1996
- (3) Goldfried M. From Cognitive-Behavior Therapy to Psychotherapy Integration. New York. Springer Publishing Company. 1995