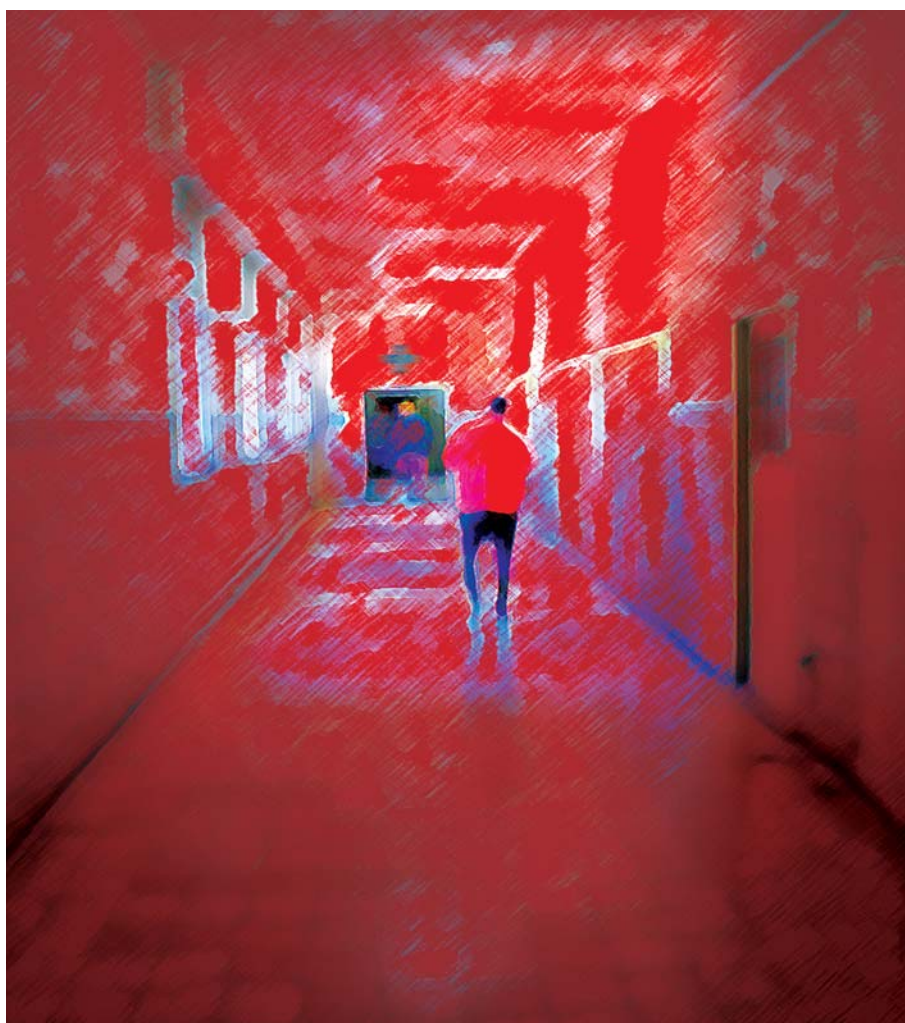


PAPELES DEL PSICÓLOGO

LA ASISTENCIA PSICOLOGICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL A DEBATE
NUEVOS HORIZONTES PROFESIONALES

Sección monográfica

- 250. PRESENTACIÓN**
251. Más allá de la salud mental: La psicología en atención primaria
Marino Pérez Álvarez y José Ramón Fernández Hermida
271. Mejorando el acceso a terapias psicológicas: Una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia
Graham Turpin, David Richards, Roslyn Hope y Ruth Duffy
281. El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud.
Joaquín Pastor Sirera
291. La especialización en neuropsicología: Desde la necesidad clínica hasta la conveniencia estratégica
Igor Bombín González y Alfonso Caracuel Romero

Otras aportaciones

- 301.** Funciones y formación del neuropsicólogo clínico: Una propuesta
José Ignacio Quemada y Enrique Echeburúa
307. Estrés aculturativo y Salud Mental en la población inmigrante
Francisco Collazos, Adil Qureshi, Montserrat Antonin y Joaquín Tomás-Sábado

Revisión

- 316.** Personalidad, desarrollo y conducta anormal
José M. Tous

Special Section

- 250. INTRODUCTION**
251. Beyond mental health: psychology in primary care
Marino Pérez Álvarez y José Ramón Fernández Hermida
271. Improving access to psychological therapies: A national initiative to ensure the delivery of high quality evidence-based therapies
Graham Turpin, David Richards, Roslyn Hope y Ruth Duffy
281. The psychologist in primary care: A necessary debate in the National Health System
Joaquín Pastor Sirera
291. Specialization in neuropsychology: From clinical necessity to strategic convenience
Igor Bombín González y Alfonso Caracuel Romero

Regular articles

- 301.** The functions and training of a clinical neuropsychologist: A proposal
José Ignacio Quemada y Enrique Echeburúa
307. Acculturative stress and mental health in the immigrant population
Francisco Collazos, Adil Qureshi, Montserrat Antonin y Joaquín Tomás-Sábado

Reports

- 316.** Personality, development, and abnormal behaviour
José M. Tous

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando
 Jaume Almenara i Aloy
 Julián Baltasar Jaume
 Manuel Berdullas Temes
 Rosario Carcas Castillo
 Fernando Chacón Fuertes
 Juan Delgado Muñoz
 Juan Manuel Egurtza Muniain
 Alfredo Fernández Herrero
 Aurora Gil Álvarez
 Lorenzo Gil Hernández
 M^a Teresa Hermida Pérez
 Rosa Jiménez Tornero
 Margarita Laviana Cuetos
 Ramón Loitegui Aldaz
 Cristina López Díaz
 Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Manuel Enrique Medina Tornero
 Eduardo Montes Velasco
 Teresa Rizo Gutiérrez
 Manuel Rodríguez Fernández
 Concepción Santo Tomás de Abajo
 Manuel Mariano Vera Martínez
 Jesús Ramón Vilalta Suárez

Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, José María Arredondo, Dosíteo Artiaga, M^a Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Caballo, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carrobes, Miguel Costa, Antonio Coy, Sixto Cubo, Piedad Cueto, Fernando Díaz Albo, María José Díaz-Aguado, Jesús A. De Diego, Raúl De Diego, Andrés Duarte López, Rocío Fernández Ballesteros, Nicolás Fernández Losa, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, Alfredo Fornos, Enrique García Huete, Miguel Anxo García Álvarez, César Gilolmo, Jesús Gómez Amor, Jorge L. González Fernández, Julio Antonio González García, José Gutiérrez Terrazas, Adolfo Hernández Gordillo, Florencio Jiménez Burillo, Cristóbal Jiménez Jiménez, Annette T.Kreuz, Francisco Javier Labrador, José Carlos León Jarriego, Jesús Ramón Loitegui, Roberto Longhi, Aquilino Lousa, Araceli Maciá, Emiliano Martín, María Angeles Martínez Esteban, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Nicomedes Naranjo, Conrado Navalón, José Ignacio Navarro Guzmán, Luis De Nicolás, Soledad Ortega Cuenca, Pedro

Pérez García, Marino Pérez Álvarez, Félix Pérez Quintana, José Luis Pinillos, José Antonio Portellano, José María Prieto, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Jesús Rodríguez Marín, Carlos Rodríguez Sutil, José Ignacio Rubio, Carlos Samaniego, Aurelia Sánchez Navarro, Javier Urra, Miguel Angel Vallejo y Jaime Vila.

Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

Redacción, administración y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez
 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
 C/ Conde de Peñalver, 45-5^o Izq.
 28006 Madrid - España
 Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
 E-mail: papeles@correo.cop.es

Impresión

Intigraf S.L.
 C/ Cormoranes, 14. Polígono Industrial La Estación
 28320 Pinto Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 29 Vol. 3 de *Papeles del Psicólogo* se han editado 51.700 ejemplares.
 Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo está incluida en Psycodoc y en las bases de datos del ISOC (Psedisoc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc y en IBECS y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos:

<http://www.cop.es>

PRESENTE



La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007, ha representado un indudable avance para la planificación e implementación de la asistencia sanitaria en el ámbito de la salud mental. El Ministerio reconoce la importancia epidemiológica de los trastornos mentales en España, ya que aproximadamente el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida; y además subraya los elevados costes directos

que estos trastornos suponen (en términos de hospitalizaciones, medicamentos, personal asistencial, etc.), así como los indirectos (invalidez, pérdida de vida laboral, suicidio, problemas judiciales, etc.). En este sentido, la Estrategia viene a establecer una serie de objetivos e indicadores para que las administraciones sanitarias hagan frente a este problema de salud pública.

En dicho documento, sin embargo, sólo dedica una pequeña parte a los aspectos psicosociales de los trastornos mentales; a pesar de que, por una parte, la reforma psiquiátrica y el proceso de desinstitucionalización acentuaron la necesidad de situar al paciente y su problema en el contexto natural en el que se produce y, por la otra, el modelo comunitario requiere identificar y actuar sobre los agentes sociales que puedan tener algún papel relevante en la génesis, en el desarrollo y en el mantenimiento de dichos trastornos.

Además, en dicho documento aunque se reconoce que *“se ha producido una importante medicalización de los problemas de la vida cotidiana y una tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos, que consumen menos tiempo y exigen menos pericia y menos implicación profesional, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas específicas”* (pág. 94), a la vez que se destina gran parte del análisis de la prestación de los servicios sanitarios a la atención especializada, solamente de pasada se asume también que los trastornos comunes (no graves) constituyen un volumen sustancial en las consultas de la medicina de familia, y que los pacientes *“únicamente reciben tratamiento farmacológico, cuando en muchas ocasiones podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinarios con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico breve”* (pág. 88).

Con propósito de analizar esta cuestión, hemos invitado a diversos ponentes a reflexionar sobre la situación actual de la asistencia en salud mental en España, así como a difundir otras interesantes iniciativas. El resultado ha sido la sección monográfica que se incluye en este número, en la que participan Marino Pérez Alvarez y José Ramón Fernández Hermida, planteando la inadecuación de las soluciones propuestas en la Estrategia para abordar los trastornos comunes (ansiedad y depresión) y defendiendo su abordaje psicológico en el marco de la Atención Primaria. Este mismo es el objetivo del programa IAPT, ya en marcha en el Reino Unido, cuyo principal responsable, Graham Turpin, ha accedido a describirlo en otra interesante aportación. Agradecemos al Prof. Jaime Vila, de la Universidad de Granada, su mediación para obtener este trabajo y su iniciativa para dar a conocer este interesante proyecto de la Sociedad Británica de Psicología. Joaquín Pastor, Secretario de la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS), dedica también su artículo a analizar la necesidad de ampliar el marco profesional del psicólogo a la Atención Primaria, dentro del modelo bio-psicosocial como alternativa al modelo biomédico que predomina en el actual sistema sanitario. Finalmente, dos neuropsicólogos, Igor Bombín y Alfonso Caracuel, defienden la necesidad de crear la especialización en Neuropsicología Clínica, como disciplina asistencial diferenciada, atendiendo a sus bases epistemológicas. Un planteamiento algo divergente sobre esta misma cuestión, formulado por José Ignacio Quemada y Enrique Echeburúa, se incluye también en este número, en una aportación regular recibida en la revista.

Serafín Lemos Giráldez
Director de Papeles del Psicólogo

MÁS ALLÁ DE LA SALUD MENTAL: LA PSICOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

BEYOND MENTAL HEALTH: PSYCHOLOGY IN PRIMARY CARE

Marino Pérez Álvarez y José Ramón Fernández Hermida
Universidad de Oviedo

Se empieza por revisar el papel de la Atención Primaria en la Estrategia del Sistema Nacional de Salud para la Salud Mental, señalando la inadecuación de las soluciones propuestas para abordar los trastornos comunes (ansiedad y depresión) con su naturaleza de problemas de tipo psicológico. Se propone la integración de la Psicología en Atención Primaria sobre la base de una filosofía contextual, distinta a la derivada del modelo biomédico y biopsicosocial al uso. Esta nueva filosofía incluye un replanteamiento de los problemas psicológicos en términos contextuales, ligados a la vida, y no en términos psicopatológicos, ligados a la biología. En esta línea, se introduce la figura del consultor psicológico de salud, definiendo el papel del psicólogo en Atención Primaria. Se termina por mostrar que el nuevo papel de la psicología en Atención Primaria está avalado por la eficacia, la rentabilidad y la preferencia de los usuarios.

Palabras clave: Intervención psicológica. Atención primaria. Salud mental. Modelo bio-psico-social. Modelo contextual.

This article begins by reviewing the role of Primary Care in the National Health System's Strategy for Mental Health, highlighting the inadequacy of the solutions proposed for dealing with common disorders (anxiety and depression), given their condition as problems of a psychological nature. The proposal set out is for the integration of Psychology in Primary Care on the basis of a contextual philosophy, different from that derived from the prevalent biomedical and bio-psycho-social model. This new philosophy includes a reappraisal of psychological problems in contextual terms, related to life, rather than in psychopathological terms, related to biology. In this same line, the figure of the psychological health consultant is introduced, defining the role of the psychologist in Primary Care. Finally, it is shown how the new role of Psychology in Primary Care is endorsed by efficacy, profitability and user preference.

Keywords: Psychological intervention. Primary care. Mental Health. Bio-psycho-social model. Contextual model.

En Diciembre del año 2006, el Ministerio de Sanidad publicó la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Dicho documento fue realizado desde la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad por un grupo de expertos y contó con la participación de las Comunidades Autónomas, que actualmente tienen la responsabilidad de la gestión de la atención sanitaria en España, y algunas sociedades científicas del sector de la Salud Mental. Según los propios autores, "La Estrategia constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos, y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales. La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo así como los avances y re-

zagos que se detecten en su desarrollo" (p. 10). A tenor de sus objetivos, puede decirse que las ideas, análisis, propuestas y soluciones que se recogen en la Estrategia son claves para comprender como se aprecia desde la Administración Sanitaria la naturaleza de los trastornos de salud mental, así como su prevención, tratamiento y rehabilitación.

El texto consta de dos apartados diferenciados. En el primero, llamado Aspectos Generales, se hace una justificación de la necesidad del documento, se contextualiza su elaboración en el marco de la existencia de unos principios y valores que guiarán los análisis y las propuestas, y se ponen sobre la mesa algunos datos epidemiológicos sobre los trastornos mentales comunes y graves en diversas poblaciones (adultos, niños y jóvenes y ancianos) y algunas de sus posibles consecuencias (suicidio). No hay sin embargo, datos sobre el consumo asistencial, ni sobre las estrategias de prevención, evaluación y tratamiento que se usan actualmente en los dispositivos de salud mental o de atención primaria, ni sobre su eficacia, efectividad o eficiencia. En el segundo apartado, se hacen las propuestas agrupadas por líneas estratégicas, que hacen referencia a la promoción de la

salud mental y prevención de la enfermedad mental, la atención de los trastornos mentales, la coordinación entre las instituciones implicadas, la formación del personal sanitario, la investigación en salud mental y los sistemas de evaluación e información. No hay en este apartado un espacio específico dedicado al análisis de la naturaleza de los trastornos atendidos en Atención Primaria, ni a la forma en que se abordan la prevención, la detección y el tratamiento en este campo de la asistencia, aunque se hacen referencias frecuentes a lo largo del documento al papel de este sector asistencial en el campo de la Salud Mental.

Si dejamos a un lado el capítulo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, en el que apenas se hace referencia al papel de la Atención Primaria, y nos centramos en el dedicado a la Atención a los Trastornos Mentales encontramos que se dice específicamente lo siguiente: "La realidad actual revela que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico o médica de familia y que el 80% de los y las pacientes psiquiátricas atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria. Este hecho se constata si consideramos la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que sólo alrededor del 10% son derivados. Estudios recientes señalan que en la atención diaria, los médicos y médicas de familia atienden entre un 15 a 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica" (p. 90). Estas cifras y consideraciones contundentes no provocan en los redactores del texto ninguna reacción específica más allá de proponer mejoras en los procedimientos actuales de detección y derivación de los médicos generalistas, a pesar de que "los trastornos mentales comunes constituyen un volumen sustancial de la consulta de los médicos y médicas de familia, que no siempre reciben la formación adecuada para diagnosticarlos y tratarlos, ni disponen de tiempo para ello, lo que condiciona que muchos de los y de las pacientes reciban únicamente tratamiento farmacológico cuando en muchas ocasiones podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinares con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico breve" (p. 94). Es evidente que hay un grave problema, ya que parece haber una gran demanda asistencial que no obtiene respuesta cualificada bien por falta de disponibilidad, bien por falta de competencias.

Esta constatación tiene una doble consecuencia. Por un lado, los pacientes no están obteniendo, en muchos casos, el mejor tratamiento disponible. Pero, por otro lado, se pueden estar despilfarrando recursos públicos en una asistencia ineficiente, no sólo en términos netamente económicos, sino también en tiempo de dedicación profesional, un recurso extraordinariamente escaso en Atención Primaria.

La idea que puede deducirse del texto de la Estrategia en Salud Mental, según la cual una gran cantidad de pacientes con "trastornos mentales comunes" están recibiendo asistencia sanitaria ineficaz e ineficiente en los dispositivos asistenciales no es privativa de nuestro país. En un informe de una prestigiosa institución británica (London School of Economics. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006) se alerta que, en Gran Bretaña, sólo una de cada cuatro personas, que están sufriendo de ansiedad o depresión crónica, está recibiendo alguna clase de tratamiento, y, de aquéllos que lo reciben, la inmensa mayoría está tomando fármacos recetados por algún médico generalista, que en algún momento dejará de utilizar a causa de sus efectos secundarios o porque quiere volver a tener el control sobre sí mismo. Muy pocos tienen acceso a la terapia psicológica, a pesar de que el NICE (National Institute for Clinical Excellence – Instituto Nacional para la Excelencia Clínica) indica que este tipo de tratamientos deben estar accesibles para las personas que padecen ese tipo de trastornos, a menos que sean muy ligeros o recientes. Según los autores del informe, esta ineficacia en los tratamientos produce una gran cantidad de sufrimiento e ingentes costes económicos, no sólo por el gasto farmacéutico sino también por la incapacidad laboral asociada a estos trastornos.

Strosahl (2005) afirma taxativamente que los investigadores sanitarios han aceptado ampliamente que, en Estados Unidos, la atención primaria es, "de facto", el sistema de salud mental. Esto es así porque hay datos epidemiológicos y de prestación de servicios que indican que la gran mayoría de los servicios de salud mental son dispensados por médicos generalistas. Además, y según el mismo autor, los servicios de salud mental especializados son inaccesibles para la mayoría de los ciudadanos, debido a problemas de financiación, comunicación inter-servicios, saturación, confusión o rechazo a las derivaciones y otros factores. En contraste con esta realidad, sin embargo, se reconoce que las limitaciones producidas por la escasa disponibilidad de tiempo y competen-

cias de los médicos generalistas hacen difícil sino imposible tratar adecuadamente los problemas de los pacientes. Lo que conlleva la consecuencia evidente de que una gran mayoría de la atención en salud mental que se presta en Estados Unidos puede considerarse poco efectiva. Esta atención, como es esperable, se centra fundamentalmente en la prescripción psicotrópica, con cifras impresionantes, un 67% de todas las medicaciones psicotrópicas son prescritas por médicos generalistas.

En Australia también se constata la misma realidad asistencial (Vagholkar, Hare, Hasan, Zwar, & Perkins, 2006), debido a parecidas razones de las que se han alegado antes, más las particularidades propias del medio australiano, con vastas regiones rurales en las que es muy difícil que pueda mantenerse un sistema especializado en salud mental, dada la escasez de profesionales, fundamentalmente psiquiatras. La necesidad de prestar apoyo a la Atención Primaria ha llevado al sistema de salud australiano a auspiciar un proyecto de integración de psicólogos clínicos en la asistencia primaria, cuyos primeros resultados se están empezando a publicar (Vagholkar et al., 2006).

Aunque los problemas detectados son casi siempre los mismos, no sucede igual con la búsqueda de una solución. Tanto en Gran Bretaña, USA, como en Australia se propugnan modelos integrados, que incorporen la atención psicológica a la Atención Primaria, mientras que en España se constatan los problemas y se insiste en mantener el modelo actual, esperando que mejore su funcionamiento y resultados mediante el uso de ciertas palabras "talisman", como "asistencia comunitaria", "coordinación inter-servicios" o "modelo biopsicosocial", sin prestar mucha atención a las condiciones objetivas que determinan la asistencia en este campo sanitario.

LA NATURALEZA DE LOS PROBLEMAS MENTALES QUE SE ATIENDEN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Como ya se ha dicho previamente, la Estrategia en Salud Mental afirma que Atención Primaria trata fundamentalmente los llamados trastornos mentales comunes (depresión y ansiedad sobre todo) de los que sólo derivan un 10% de los casos a los especialistas. Los trastornos más graves, que requieren o pueden requerir hospitalización, en su mayoría, pasan también por la puerta de entrada del médico de familia, pero se derivan con más facilidad a la atención especializada.

Estas bajas cifras de derivación junto con la general buena opinión de los pacientes con respecto a la aten-

ción sanitaria pueden llevar al espejismo de una supuesta alta efectividad del servicio de Atención Primaria en la detección y tratamiento de los problemas comunes. Hay algunos problemas para aceptar esta conclusión:

- 1) Los gastos por incapacidad atribuidos a causas psicosociales (entre las que se encuentran los trastornos mentales comunes) suponen un gran porcentaje del gasto por incapacidad global. No parece que las medidas terapéuticas, e incluso diagnósticas, en Atención Primaria, basten para frenar los efectos incapacitantes de estos trastornos o problemas mentales.
- 2) El gasto farmacéutico para el tratamiento de la ansiedad y depresión no ha dejado de crecer pese a los informes que cuestionan la efectividad de ese tipo de tratamiento, tanto por su efectividad como por sus efectos cronicantes, sobre todo según el uso que del mismo se suele hacer en los servicios no especializados.
- 3) Los tratamientos psicológicos, más efectivos y eficientes en el abordaje de estos trastornos comunes no están disponibles en Atención Primaria.

Cuando se habla de la naturaleza de los problemas mentales que se atienden en Atención Primaria, puede caerse en la tentación de afirmar que, dentro del 90% de los casos no transferidos al ámbito especializado, hay un buen número de "no casos", es decir, personas que no padecen ningún trastorno depresivo o ansioso "verdadero", sino sólo problemas de la vida, indebidamente medicalizados o, incluso, si se quiere, psicologizados. Las cifras que revelan una alta prevalencia de casos de ansiedad y depresión se deriva del uso de los instrumentos de screening, muy inadecuados para captar "al conjunto de la persona inmersa en la complejidad dinámica de la vida" (Summerfield/Veale, 2008, p. 326). Su uso produce una sobre-estimación de los casos de depresión y trastorno de ansiedad, ya que "si de promedio una de cada cuatro o seis personas que pasan por la calle, yendo a sus asuntos ordinarios, mientras escribo, son diagnosticables como casos de enfermedad mental, necesitamos reexaminar nuestros modelos antes de examinar a la gente" (Summerfield/Veale, 2008, p. 326). De acuerdo con esta perspectiva, cuando se analiza la demanda característica de los médicos de cabecera muy pocos casos (no se sabe cuántos) podrían pasar la barrera de enfermedad o trastorno. En consecuencia, las cifras que se manejan de patología mental en la Atención Primaria están infladas, la mayoría de los casos son

“problemas de la vida” que no deben ser “medicalizados” para no alimentar más la “industria de la salud mental”. No se niega explícitamente el estatus de trastorno psicológico de la depresión y ansiedad. Esa etiqueta se deja para los casos correctamente identificados.

El problema básico con este tipo de razonamiento es que no aporta ningún procedimiento para identificar “correctamente” los casos. No existe ninguna prueba de que los casos que se ven en Atención Primaria sean cualitativamente diferentes a los que se transfieren a la Atención Especializada. El proceso de derivación es relativamente complejo y los factores intervinientes no son únicamente los que se refieren a las características de la patología del paciente, sino también aspectos tales como la accesibilidad y coordinación inter-servicios, la relación médico – paciente, las diferentes políticas sanitarias, etc.

Las críticas a la hiper-medicalización de la vida cotidiana, la inadecuación de la nosología psiquiátrica para explicar los problemas de la persona en su contexto, o las insuficiencias metodológicas de las pruebas de screening son aplicables al conjunto de la llamada patología psiquiátrica, y no sólo a los trastornos comunes. Las consecuencias lógicas de este tipo de críticas es aumentar la relevancia del contexto del individuo a la hora de explicar su comportamiento.

La cuestión clave es que la naturaleza de los trastornos comunes, tales como la ansiedad y la depresión, es fenomenológica y etiológicamente de carácter psico-social sin que ello implique olvidar el componente biológico. El enfoque de la prestación asistencial actual, sin embargo, es completamente biomédico. Los tratamientos en Atención Primaria son fundamentalmente psicofarmacológicos, aunque, dependiendo de los casos, las habilidades del médico pueden crear situaciones de counselling. Es-

tas cuestiones se replantearán más adelante.

Hay otro aspecto importante en lo tocante a la naturaleza de los problemas psicológicos que se atienden en Atención Primaria. Aunque hasta este momento, nos hemos referido a los trastornos mentales comunes, no puede dejarse de lado que muchas enfermedades físicas (ver Cuadro 1) presentan componentes psicológicos importantes que deben ser tenidos en cuenta tanto en la evaluación como en el tratamiento. Este es un tipo de “complicación” terapéutica, fundamental en muchas enfermedades crónicas, que se debe tener en cuenta para el control y seguimiento de este tipo de pacientes por la Atención Primaria, dado que es crucial para su evolución. Desde hace mucho tiempo, la medicina psicósomática, la medicina conductual y la psicología de la salud han sido conscientes de la importancia de los componentes psicológicos asociados al enfermar, pero su evaluación y tratamiento no se afronta con seriedad por falta de medios. Ni los servicios especializados médicos, ni la atención especializada en Salud Mental, ni desde luego la sobrecargada Atención Primaria prestan atención a estos aspectos, que muchas veces son cubiertos, en alguna medida, por profesionales contratados por las asociaciones de pacientes. La inclusión de psicólogos clínicos en Atención Primaria podría ayudar a cubrir esa demanda, mejorando sustancialmente los protocolos de control y seguimiento de los enfermos crónicos.

INTEGRANDO LA PSICOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La disparidad entre la naturaleza de los trastornos mentales y el modelo con el que se abordan en Atención Primaria produce un crónico desajuste entre demanda y tratamiento que genera un problema de puerta giratoria que deja a los médicos desmoralizados y a los clientes insatisfechos (Sobel, 1995), así como un gasto creciente de recursos personales y farmacológicos (económicos) poco efectivo y eficiente.

Podría pensarse que la solución estaría en una creciente derivación de casos con sospecha de trastorno mental desde Atención Primaria a la Atención Especializada. Esta solución presenta diversos inconvenientes:

- a) Los servicios especializados están completamente saturados. La atención que se presta en ellos está sujeta a amplias lista de espera, que, en muchos casos, desvirtúa la utilidad de la prestación sanitaria. Aumentar el flujo de pacientes no contribuiría a su mejor funcionamiento.

CUADRO 1 ALGUNAS ENFERMEDADES EN LAS QUE RESULTA RELEVANTE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diabetes Mellitus ✓ Hipertensión ✓ Enfermedad cardiovascular ✓ Asma ✓ Situaciones de dolor agudo y crónico ✓ Insomnio ✓ Obesidad ✓ Trastornos gastrointestinales ✓ Cáncer ✓ SIDA

- b) La derivación supone trasladar el problema de sitio sin resolverlo. Esto es así porque los servicios especializados, aunque disponen de psicólogos normalmente, operan bajo un modelo biológico – médico. Prueba de ello es que en el Reino Unido se esté pidiendo cada vez tiempo para hablar dentro de los servicios sanitarios o que haya un acceso más rápido a la psicoterapia. En España también hay un problema con la psicoterapia, y así se reconoce levemente en la Estrategia en Salud Mental, cuando se establece como objetivo futuro aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos psicológicos que reciben este tipo de tratamiento. Nada se dice de cómo se aplica la psicoterapia en los centros de salud mental españoles, pero cualquier conocedor de los servicios sabe que, en las condiciones actuales, es muy difícil que todos los que la necesitan la puedan obtener con unas mínimas condiciones de calidad.
- c) La atención psico-social comunitaria debe estar tan cerca como sea posible al espacio social donde se produce la demanda. Es en Atención Primaria donde se produce la demanda y es ahí donde debería encontrar solución, para evitar una medicalización innecesaria, con efectos indeseables tales como el etiquetado y la caracterización de la persona como “enfermo mental”.
- d) A pesar de que puede pensarse que el estigma de ser remitido a los Servicios de Salud Mental ha disminuido como consecuencia de su mayor inserción y aceptabilidad social, aún no puede considerarse que sea inexistente, e incluso algunos piensan que puede haber aumentado (véase más adelante). Cabe pensar que si los servicios de atención a los problemas de salud mental se encontrasen en el mismo lugar que donde recibe los de su salud física, los pacientes preferirían ser atendidos en Atención Primaria.
- e) Las fuerzas que condicionan el “estatus quo” no son fáciles de cambiar si no se incentiva el cambio. El reduccionismo biologicista imperante a la hora de tratar los trastornos o problemas psicológicos está firmemente ligado a la formación del médico y al estilo de trabajo que se le exige. Además, la prescripción farmacológica está fuertemente incentivada por potentes canales de comercialización, que incluyen desde la formación de los prescriptores hasta el incentivo económico directo. El cambio de orientación en Atención Primaria sólo puede producirse si el nuevo modelo de trabajo consigue aportar ventajas

tangibles para los médicos y los pacientes. Las simples exhortaciones no pueden producir ningún efecto de cambio mientras persistan las condiciones que determinan la situación actual.

La alternativa a la derivación consiste en asumir la responsabilidad de tratar los trastornos comunes en Atención Primaria. Resulta utópico pretenderlo con los medios y modelos actuales. Esta afirmación no alude solo a que la baja disponibilidad de tiempo de médicos y enfermería, su insuficiente formación en psicoterapia, psicodiagnóstico o psicopatología, su perspectiva especialmente bio-médica o los condicionantes que se derivan de estar dentro de una “industria” sanitaria. También debemos incorporar las dificultades inherentes a una psicología clínica medicalizada que mimetiza el afrontamiento médico de los problemas de la vida mediante la “psicopatologización” excesiva, técnicas psicoterapéuticas alejadas de las exigencias de efectividad y eficiencia exigibles a las prestaciones públicas sanitarias, y la escasa formación de los psicólogos en los componentes y procesos biológicos del enfermar, que dificulta gravemente su inserción en Atención Primaria, un servicio que está dirigido a atender la salud de la población en su conjunto.

A pesar de todas estas dificultades, se está postulando la integración de la Psicología en los servicios de Atención Primaria mediante un modelo denominado de Atención Integrada (Byrd, O’Donohue y Cummings, 2005), que se define como “el proceso y el producto del trabajo de los profesionales médicos y de salud mental que trabajan colaborativa y coherentemente para optimizar la salud del paciente a través de modos de prevención e intervención psicosociales” (p. 2) Aunque el actual modelo de atención comunitaria, recogido en la Estrategia en Salud Mental, insiste en la coordinación de servicios, la atención integrada va más allá y busca la colaboración de los psicólogos con los médicos de Atención Primaria de forma cercana e inmediata, dando un rápido feedback de sus intervenciones y buscando la participación de todo el equipo del centro, sin que se establezcan compartimientos estancos entre la salud física y la mental. El modelo de Atención Integrada no exige necesariamente que los psicólogos se ubiquen en los propios centros de Atención Primaria, pero resulta evidente que la consecución de sus objetivos es más fácil si todos se integran en el mismo espacio. El Cuadro 2 presenta los objetivos del modelo integrado, según Byrd et al. (2005).

La consecución de estos objetivos permite que tanto profesionales como pacientes de Atención Primaria obtengan beneficios del cambio de modelo. Algunos de esos beneficios podrían ser los siguientes:

- a) El actual personal sanitario (médicos y enfermería) reduciría su carga asistencial, derivando de forma inmediata la casuística con problemas psicológicos, que sería atendida por nuevos recursos especializados
- b) Desarrollo de protocolos de screening y atención para pacientes con problemas de salud mental o psicológicos, que permitan reducir el consumo de psicofármacos, la cronicidad y mejorar su reinserción social y laboral a medio y largo plazo
- c) Mejora de la satisfacción de los pacientes, ajustándose la demanda con la oferta de servicios
- d) Intervención activa en las actividades de prevención del centro de Atención Primaria, tanto hacia sus usuarios, como frente a la comunidad. Aquí tendría una especial significación el desarrollo de campañas de prevención en centros escolares relacionadas con trastornos o problemas psicológicos o conductuales de alta prevalencia como las adicciones, los trastornos alimentarios, o los comportamientos sexuales de riesgo. Así mismo, tendría sentido el fomento de una persona más orientada a la capacidad de recuperación que a la vulnerabilidad (como se dirá más adelante).
- e) Desarrollo de protocolos de coordinación con los centros de salud mental especializados que permitan un seguimiento y control más estrictos de cada paciente.

**CUADRO 2
OBJETIVOS DEL MODELO INTEGRADO DE LA PSICOLOGÍA
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

- a) Mejorar el reconocimiento de las necesidades de salud mental en dispositivos médicos.
- b) Mejorar la colaboración en la atención y el manejo de pacientes con problemas psicosociales en Atención Primaria.
- c) Incrementar la disponibilidad de recursos internos de Atención Primaria para ayudar a atender los problemas psicosociales o de salud mental de los pacientes y aportar un rápido feedback al profesional sanitario, sin derivar al paciente a un servicio especializado.
- d) Mejorar el encaje entre la búsqueda de atención por parte de los pacientes y los servicios que se les presta en Atención Primaria
- e) Prevenir los más serios problemas de salud física y mental a través de la detección y la intervención temprana.
- f) Evaluar por parte del profesional de salud mental cuando resulta apropiado derivar a un paciente a servicios de salud mental especializados para que reciba un tratamiento más intensivo.

Como puede verse, el nuevo modelo supondría una mejora significativa para el paciente a través del incremento de la efectividad de los tratamientos y la mayor adecuación de la oferta del servicio con la demanda; para el personal sanitario actual de Atención Primaria por la reducción de la carga de trabajo; para el sistema sanitario por la reducción del gasto farmacéutico y la reducción de la prevalencia de los trastornos o problemas psicológicos; para el sistema de protección social porque permitiría articular una propuesta de seguimiento y control más efectiva de las incapacidades por causa psicosocial; y para los programas de prevención porque la existencia de personal especializado permitiría desarrollar acciones más completas y extensas beneficiando a una mayor población.

Sobre estas necesidades y posibilidades se va a pensar una filosofía y un modelo de psicología en Atención Primaria, empezando por ver cómo piensan las instituciones para pensar las cosas de otra manera.

CÓMO PIENSAN LAS INSTITUCIONES

La Atención Primaria requiere de una nueva filosofía, es decir, de una nueva manera de pensar y hacer acerca de los problemas psicológicos. Nos estamos refiriendo a cambiar cómo piensan las instituciones, los profesionales y los pacientes o usuarios. De hecho, ¿cómo piensan? Piensan en términos de enfermedades, como si los problemas psicológicos fueran enfermedades como otras cualesquiera. Aun cuando el término enfermedad no sea usado y entendido en un sentido preciso y formal, se usa cuando menos como sobreentendido, como forma de hablar y pensar acerca del problema presentado. Nada tiene de extraño que esto sea así, dado el contexto (centro sanitario) y la historia de las prácticas médicas. Se trata, en general, de la forma de pensar del modelo médico. De acuerdo con este modelo, alguna condición biológica estaría en la base del problema y sería lo que habría que medicar. Este modelo constituye el sentido común, el modo natural, instituido, de atender y entender los problemas (síntomas, enfermedades) de la gente (usuarios, pacientes).

Así, las instituciones, en este caso, centros de Atención Primaria, reciben pacientes que hay que valorar (dando por lo común un diagnóstico) y tratar (por lo común también la prescripción de un fármaco) o, en su caso, derivar al especialista. El punto aquí es que el diagnóstico, valga por caso, ansiedad y/o depresión, y la medicación correspondiente conforman todo un modo (biomédi-

co) de pensar y obviamente de proceder. Los profesionales, en particular médicos de atención primaria pero también podría ser psiquiatras o psicólogos al modo biomédico, son los que en realidad piensan así y de hecho encarnan el pensamiento institucional. Ellos son los que diagnostican y medican. Como se dijo, la mayor parte de los psicofármacos los prescriben hoy día los médicos de atención primaria, constituyendo una buena parte de todas las prescripciones que hacen (no en vano están en las miras del marketing farmacéutico). Por su parte, los pacientes también piensan biomédicamente, por eso van con sus síntomas, malestares, molestias, quejas, a los centros de salud, reciben un diagnóstico y vuelven a casa con una receta. Si problema no fuera una enfermedad, no le dirían que tiene, por ejemplo, ansiedad o depresión, ni le darían medicación.

Así piensan las instituciones, los profesionales y los pacientes, donde pensar no quiere decir tanto representar como proceder de una manera convencional ya natural, no sólo legítima, por supuesto, sino perfectamente legitimada. Este modo de pensar llega a ser tan propio y natural como la sucesión del día y la noche o el crecimiento de las plantas, tal es como piensan las instituciones (Douglas, 1996). Las instituciones implicadas piensan de esta manera, por así decirlo, impensada, pero cuando realmente piensan las cosas, se conocen y en verdad se reconocen los problemas de este proceder institucional: los problemas asistenciales, clínicos, económicos, políticos, antes señalados. Lo importante es que cabe pensar las cosas de otra manera.

RAZONES PARA PENSAR DE OTRA MANERA

Por lo pronto, habría que empezar por cuestionar si los problemas psicológicos son enfermedades como otras cualesquiera. La cuestión tiene dos planos: uno fundamental, ontológico, acerca de si los problemas psicológicos son en realidad enfermedades como otra cualquiera y, otro, pragmático, prudencial, acerca de si en todo caso es conveniente tal consideración porque, por ejemplo, fuera mejor para los "pacientes".

Respecto a la cuestión fundamental, ontológica, lo que tendríamos que decir es que los problemas psicológicos, lejos de ser *entidades o tipos naturales* como lo pudieran ser la diabetes o la artritis (con las que a veces se los compara), serían *entidades interactivas o tipos prácticos*, de acuerdo con distinciones establecidas al respecto. [La distinción entre entidad natural/interactiva fue introducida por Hacking (2001, cap. 4) y la de tipo

natural/práctico se encuentra en Zachar (2000) y Haslam (2002). Un discusión ontológica en profundidad se encuentra en Pérez-Álvarez, Sass y García-Montes (en prensa).] Mientras que las entidades naturales son realidades o condiciones *indiferentes* a las concepciones e interpretaciones que se tengan de ellas (la condición diabética no varía en función de lo que la gente crea y cómo la entienda y explique), las entidades interactivas son realidades o condiciones *influidas* por las concepciones e interpretaciones que se tenga de "ellas". Así, lo que sea la "depresión" viene dado por las prácticas culturales relativas a la sensibilidad emocional, la experiencia de las situaciones vitales, la forma de vivir las dificultades y, en fin, el modo de enfrentar los problemas de la vida (pérdidas, frustraciones, etc.). Pero "ellas" no son entidades que estuvieran ahí dadas cual formaciones naturales sino que se forman y acaso llegan a ser algo clínicamente relevante (por ejemplo, "depresión") en relación con determinado contexto psicosocial e histórico-cultural, porque también podría ser el caso que "ellas", esas realidades primas, primeras, la materia prima de la que se hacen los problemas psicológicos (por ejemplo, pena y tristeza en relación con la depresión), no llegaran a ser nada especial, sino algo asumido en las vicisitudes de la vida.

El hecho de que los problemas psicológicos se hayan prácticamente naturalizado, institucionalizado, como entidades cual enfermedades y así haya tantos trastornos, es una prueba de su carácter interactivo, susceptible de ser tipificado en función de cómo la sociedad trata dichos problemas, según piensan las instituciones en cargadas de su "tratamiento". Pero, de nuevo, lejos de ser tipos naturales, son tipos prácticos, hechos a medida para ser tratados, en este caso, como si fueran enfermedades a tratar con medicación (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez y García Montes, 2007). Nótese que no se está negando que los problemas psicológicos sean hechos *reales*, lo que se está planteando es cómo son *hechos reales*. Esas realidades primeras que llegan a ser problemas psicológicos hechos y derechos, no surgen de la nada (de la nada no surge nada y algo surge de algo), sino que surgen, tal es nuestra tesis, de los problemas de la vida: pérdidas, frustraciones, decepciones, conflictos, abusos, maltratos, flaquezas, miserias, infelicidades.

Se da la paradoja de que la facturación de los problemas psicológicos como si fueran "tipos naturales" como cualquier otra enfermedad es posible gracias precisa-

mente a que son “tipos prácticos”, susceptibles de ser influidos y moldeados por las propias prácticas clínicas, en este caso, la verdad, muy prácticos para la práctica biomédica y ni que decir tiene para la industria farmacéutica. Siendo los problemas psicológicos, como parece, entidades interactivas y tipos prácticos, cabe la posibilidad de interactuar con ellos de otra manera y de llevar otra práctica clínica, quizá más práctica para los pacientes y las instituciones implicadas. No obstante, se va a reparar antes en la cuestión de si, por razones pragmáticas, fuera mejor para los “pacientes” mantener la consideración de los problemas psicológicos en términos de enfermedad como otra cualquiera.

¿ES MEJOR TENER UNA ENFERMEDAD QUE UN PROBLEMA PSICOLÓGICO?

La consideración de los problemas psicológicos como enfermedades se ha introducido sobre el supuesto de que tiene un efecto positivo en reducir los juicios morales y la discriminación de las personas que los sufren. El supuesto es que los modelos de enfermedad biológica son des-estigmatizantes y dan seriedad en comparación con los modelos psicológicos. La promoción de la visión de que los problemas psicológicos tienen causas biológicas ha llegado a formar parte de los programas dirigidos a la reducción de estigma, ha sido adoptada por el influyente Instituto Nacional para la Salud Mental de EEUU (el NIMH, <http://www.nimh.nih.gov/>) y está extendido entre los profesionales de la salud mental (dejando ya aparte el marketing farmacéutico).

Lo cierto es que los estudios muestran que la política de la “enfermedad como otra cualquiera”, lejos de reducir el estigma, es estigmatizante y, por el contrario, la explicación psicológica es más positiva que la biológica. A la hora de la verdad resulta que la explicación psicológica sería la correcta, política y científicamente.

Así, se ha visto que las personas con supuestas enfermedades mentales son tratadas con distancia y consideradas como imprevisibles y poco fiables, incluso por los familiares y los propios clínicos (Read, Haslam, Sayce y Davies, 2006; Van Dorn, Swanson, Elbogen y Swartz, 2005). Asimismo, a los pacientes a los que se les da a entender que el trastorno tiene causas biológicas, consideran que el tratamiento requerido llevará más tiempo, son más pesimistas acerca de la mejoría y adoptan un papel más pasivo ante los clínicos y su propio problema que si se les da a entender que tiene causas psicológicas (Lam y Salkovskis, 2007; Lam, Salkovskis y Warnick,

2005). Las explicaciones psicológicas de las supuestas enfermedades mentales son eficaces también en mejorar las imágenes de las personas en el ámbito de la salud mental, más allá de la atención primaria. En vez del argumento de que la enfermedad mental es como cualquier enfermedad médica, las explicaciones psicológicas se centran en los estresores ambientales y el trauma como factores causales, incluyendo abuso infantil, pobreza y estrés laboral, de acuerdo con la idea de considerar los síntomas psiquiátricos como reacciones entendibles a eventos vitales (Corrigan y Watson, 2004). Como dice un paciente, tener una enfermedad mental no es como tener diabetes (Anonymous, 2007).

Es más, las personas con problemas caracterizados en términos de enfermedad son tratadas con más dureza que si se caracterizan en términos psicológicos, como se ha visto en estudios experimentales siguiendo el paradigma de Milgran. Los participantes llegaban a aplicar supuestamente shocks más fuertes en una tarea de aprendizaje a los ‘aprendices’ que, según se había sugerido, habrían padecido una ‘enfermedad mental’, que a los que habían tenido ‘dificultades psicológicas’ o nada en especial (Metha y Farina, 1997). Esto apunta a que la ‘condición biológica’ genera el estigma de ser diferente, dando lugar a la conocida forma de deshumanización mecanicista, en la que los seres humanos son vistos como autómatas, inertes, rígidos y carentes de autonomía (Haslam, 2006).

Como concluyen Lam et al (2005), los datos muestran que las explicaciones biológicas o genéticas de condiciones psiquiátricas/psicológicas no mejoran la visión negativa de los problemas de salud mental y que la gente en general tiende a reaccionar más favorablemente a la consideración psicológica. Es de ahí importante en el trabajo terapéutico, continúan estos autores, que este “mensaje de esperanza” sea transmitido a los pacientes para que sean proactivos en trabajar sus problemas de estrés y psicológicos, y para que los terapeutas exploren las experiencias psicosociales de los pacientes a lo largo de sus vidas en vez de atribuir sus problemas a causas biológicas o genéticas. La conceptualización biológica de los problemas psicológicos de salud mental, terminan los autores, parece no ser aquí eficaz ni útil en modificar imágenes estereotipadas (p. 463).

DESENMASCARANDO EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

Pues bien, dada su naturaleza interactiva, cabe pensar otra forma práctica de “tramitar” y solucionar los proble-



mas psicológicos, otra práctica clínica de corte no bio-médico. La cuestión no es meramente cambiar de profesional, del médico de atención primaria al psiquiatra o al psicólogo de atención primaria, porque los facultativos psico-clínicos pueden seguir envueltos por la lógica del modelo biomédico, aun cuando su "jerga" sea psicológica. No es cuestión de cambiar de caballos sino de carruaje y de dirección. Se suele dar por superado el modelo biomédico adoptando el modelo bio-psico-social, como si su invocación y adhesión nos sacara de los problemas anteriores y nos situara ahora en un terreno donde lo bio-, lo psico- y lo social convivieran en igualdad y cada uno aportara lo suyo como si tal cosa. La verdad es que el modelo bio-psico-social funciona como una suerte de palabra talismán que conjurara todos los males y no trajera más que bienes.

Sin duda, el modelo bio-psico-social es mejor que el modelo *bio- bio- bio-*, pero es un modelo embarazado de las condiciones que pretende superar, supuesto que trata de superar el modelo biomédico. Se trata de un modelo estratificado que supone en la base una condición bio, de manera que lo psico y lo social serían capas y filtros por donde pasarían los síntomas hacia su manifestación y donde adquirirían el aspecto psicológico y social (por ejemplo, Berrios, 2000), de una manera que estaríamos en las mismas. En la base y en el origen de los síntomas habría un *locus cerebral* que, por utilizar un término freudiano, pasaría por una serie de *vicisitudes* psicosociales hasta ser el síntoma y conjunto de ellos que definen el trastorno. El caso es que el modelo bio-psico-social está prisionero del dualismo cuerpo-mente y está así embarazado de lo que quiere superar, el bio-centrismo, si es que realmente lo quiere superar. El cerebro-centrismo de la neurociencia y de la cultura popular sugiere que este embarazo es deseado, no importa que no depare ninguna solución diferente a la de culpar otra que culpar al cerebro de los males o verlo como el depositario de la felicidad por conquistar. Entretanto los problemas psicológicos siguen creciendo sin parar, ¿será por ello?

De una forma más sutil este aspecto problemático (estratigráfico, dualista) del modelo biopsicosocial no deja de estar presente en otras representaciones menos lineales, y mejores por ello, pero tampoco exentas de un cierto mecanicismo y composición más que propiamente integración. Y es que la propia estructura de la palabra "bio-psico-social" supone una composición ella misma estratigráfica y lineal de supuestas partes implicadas que

no sólo no garantiza su integración sino que acaso perfigura y estructura una prioridad lógica y cronológica, en este caso, de lo bio- sobre lo psico- y lo social, más allá de lo que sus satisfechos usuarios quisieran entender. Tampoco se arreglaría nada con reordenar sus componentes diciendo, por ejemplo, "socio-psico-biológico". No dejaría de ser una componenda, en la que se juxtaponen componentes como si estos estuvieran por separado y se pusieran ahora a interactuar. Los típicos modelos con flechas en todas las direcciones entre las "cajas" que representan por una parte lo bio- por otra lo psico- y por otra lo social serían visiones de esta interacción, sin menoscabo de su valor heurístico en un momento dado, mejor que otra cosa.

Lo cierto es que el modelo bio-psico-social está en la base de la separación entre tratamiento y rehabilitación y entre psicofármacos y psicoterapia, entre cuyas consecuencias están seguramente la carrera psiquiátrica de muchos pacientes y el desperdicio de auténticas rehabilitaciones psicosociales, al quedar éstas en barnices posteriores al supuesto "tratamiento". Eso si es que no todo el esfuerzo psicológico no va dirigido a la adhesión a la medicación y a la implantación del modelo biomédico a cuenta del modelo de la vulnerabilidad, otra variante biopsicosocial.

PENSAR LAS COSAS EN TÉRMINOS DE UNA FILOSOFÍA CONTEXTUAL

Otra forma de pensar los problemas psicológicos en la práctica clínica sería en términos de una filosofía y un modelo contextual. Se refiere a un modelo contextual, no meramente ambiental, interpersonal o psicosocial, sino un fenomenológico-conductual, interesado en la experiencia y la conducta de las personas de acuerdo con su biografía y circunstancias. Se trata de un modelo concebido sobre una base antropológico-filosófica, con cuatro aspectos que importa destacar aquí.

Uno. *La articulación constitutiva del ser humano con el mundo*. La implicación sería que todo estudio psiquiátrico y psicológico habría de tomar como unidad el par indisoluble Hombre-Mundo. La ecuación completa e indisoluble es el ser humano y el mundo. Como dice Ortega: "El Mundo es la maraña de asuntos o importancias en que el Hombre está, quiera o no, enredado, y el Hombre es el ser que, quiera o no, se halla consignado a nadar en esa masa de asuntos y obligado sin remedio a que todo eso le importe" (*El hombre y la gente*). Siendo así, difícilmente se puede comprender y explicar un



trastorno psicológico recortado de las circunstancias de estar-en-el-mundo. Una variante sería decir que tanto más se estudie un trastorno buscando su explicación dentro, sea en el cerebro o en la mente, menos se entiende. Una implicación es que siempre estamos en alguna situación y de alguna manera, por decir en algún estado de ánimo.

Dos. *Los estados de ánimo como formas de estar "a tono" con el mundo.* Siempre estamos en alguna situación (sitio, circunstancia, asunto) y de alguna manera (sintiéndonos cómodos, incómodos, alegres, tristes, tranquilos, inquietos). Se refiere aquí a los estados de ánimo, no en un sentido psiquiátrico sino existencial. Un estado de ánimo es una forma particular en la que estamos "a tono" con el mundo en nuestras actividades (Guignon, 1999). Siempre estamos en un estado de ánimo u otro. Aun la falta de estado de ánimo de un día gris es un estado de ánimo. Cuando dominamos un estado de ánimo lo hacemos por medio de otro contrario, nunca estamos libres de ellos. Ansiedad y depresión son antes que nada estados de ánimo, en un sentido existencial, reveladores de nuestra situación en el mundo. Mientras que la ansiedad revela una situación amenazante en la que la consistencia y significado del mundo se desmoronan (más que miedo de nada sería miedo a la nada), la depresión revela el estancamiento de la vida y la obturación del futuro (sintiéndose uno hundido, sin salida, sin perspectiva). La ansiedad y la depresión son sismógrafos de los sismos que sacuden y abaten nuestras vidas. Siendo como son reveladoras de nuestra situación y así primeras respuestas ante ella, no es de extrañar que la ansiedad y la depresión sean los problemas psicológicos más presentes en la Atención Primaria.

Tres. *La vida como siendo de suyo un problema.* No se refiere a ningún "valle de lágrimas", ni a ninguna filosofía de la resignación, del sufrimiento ni de la vida-para-la-muerte sino, sencillamente, a la vida como un problema en el sentido de Ortega, de quien se toma la expresión. De acuerdo con la filosofía de la razón vital de Ortega, cuyo talante es la jovialidad y el estilo deportivo (lejos de la angustia heideggeriana o del unamuniano sentimiento trágico de la vida), la vida es un problema, algo que tienes que sacar adelante, contando con facilidades y obstáculos, con éxitos y fracasos, etc. Da reparo decir cosas tan obvias, pero tal como están las cosas en nuestra sociedad, no se pueden obviar. Como dice Derek Summerfield a propósito del desmán de problemas psicológicos, buscando el trasfondo cultural

del asunto, los ciudadanos son tan fuertes como la cultura en que viven espera que lo sean. En los últimos 40 años, el concepto de persona en la sociedad Occidental ha enfatizado no la capacidad de recuperación sino la vulnerabilidad, con la "emocionalidad" como moneda corriente. Este cambio transcendental tiene sus raíces, continúa Summerfield, en la manera que la visión médico-terapéutica ha llegado a dominar las explicaciones cotidianas de las vicisitudes de la vida y el vocabulario del estrés (Summerfield/Veale, 2008, p. 327).

Cuatro. *Las personas son capaces de hacerse cargo de sus vidas.* No se trata aquí tampoco, en este caso, del típico halago humanista de que uno es un portento de potencialidades, ni de una exhortación al sacrificio como ascetismo personal, sino sencillamente de la responsabilidad como persona, en el doble sentido de ser capaz de responder (habilidad) y de asumir las consecuencias de sus acciones e inacciones (conciencia de sus deberes para consigo, los demás y el mundo en que vive). Pareciera estar demás decir esto, pero sea por el crepúsculo de los deberes eclipsados por los derechos, por la auto-concepción que el ser humano actual ha tomado de sí mismo como consumidor (imagen degradante, a poco que se repare en ella), porque la ciencia y la tecnología nos prometan más de lo que pueden ofrecer, por la pérdida de sentido común a juzgar por la dependencia de profesionales y expertos para cualquier cosa, o por lo que sea, lo cierto es que la gente parece estar expropiada de sus propias capacidades. Y quizá lo esté, pero las capacidades crecen a la par de las necesidades y en la medida en que los demás suponen que se tienen. Como al parecer dijo Goethe, si tratas a una persona como es, permanece como es, pero si la tratas como si fuera lo que debe y puede ser, se convertirá en lo que debe y puede ser.

La filosofía de este modelo contextual se hace fuerte en la cultura y en la construcción del ser humano y sus formas de estar-en-el-mundo, pero no se ha de confundir con una mera antropología cultural ni con un típico constructivismo postmoderno. La cultura está aquí por razones intrínsecas, constitutivas del ser humano. Como diría Ortega, la naturaleza del Hombre es la cultura. Por su parte, la construcción se refiere al carácter histórico del ser humano, como diría de nuevo Ortega, el Hombre no tiene naturaleza sino historia, no sólo como hijo de su tiempo sino como constituido en el tiempo. A este respecto, el ser humano es ante todo un llegar a ser que incorpora lo otro y el otro en sí mismo (*Sí mismo como otro*, diría Paul Ricoeur).



El modelo contextual no niega los factores biológicos que pudieran estar implicados en los problemas psicológicos, pero tampoco los pone por anticipado ni los supone en la base (modelo bio-psico-social). El modelo considera que los factores biológicos están integrados y refundidos en las maneras aprehendidas, más que aprendidas, de percibir y responder a ellos, no que ellos supusieran una fuerza natural directa o una irritación basal que a través de capas psíquicas y sociales se manifestara. El modelo considera que la experiencia vivida, la interpretación y la reacción que se dé a los factores biológicos es determinante para el papel que puedan tener en los problemas psicológicos. El problema psicopatológico no está en el miedo, la ansiedad, la pena, la tristeza e incluso las voces alucinatorias sino en la relación que uno tiene con tales eventos y experiencias (Pérez-Álvarez et al, 2008). Como dice Lipchic (2004), el "sentimiento de tristeza puede considerarse un problema si se cree que es una enfermedad, o una solución si significa que una persona que ha estado eludiendo la aflicción termina por aceptar una pérdida" (p. 90). Los verdaderos actores de un drama psicológico no serían los factores biológicos. La biología estaría refundida en la biografía. En fin, los problemas psicológicos no serían tanto una condición biológica como una condición humana.

¿QUÉ ES UN PROBLEMA PSICOLÓGICO?

¿En qué se diferencia un problema psicológico de un problema de la vida? ¿En qué es diferente el sufrimiento normal del sufrimiento debido a un problema psicológico? Son sin duda cuestiones complicadas pero que tienen una respuesta clara, si tienes claro de qué hablas, por nuestra parte, si tienes clara y distinta una filosofía y un modelo contextual. Dicho en dos palabras, un problema psicológico sería un *esfuerzo contraproducente*.

Se entiende que todo problema psicológico, por ejemplo, ansiedad o depresión, supone tanto un problema (el malestar que comporta) como una respuesta a una situación problemática (un intento de solución). Esta ambivalencia y también ambigüedad funcional de un problema psicológico está reconocida de una u otra manera a lo largo y ancho de la tradición clínica. Así, está en la ambivalencia del síntoma desde Freud a Lacan, en el "arreglo neurótico" (magnífica expresión) de Alfred Adler, en los juegos transaccionales con su doble plano social y psicológico, en el problema presentado como intento de solución (Jay Haley), en la función del problema del aná-

lisis funcional de la conducta, en la "enfermedad como respuesta" (Antonio Colodrón), en la función adaptativa del trastorno de la psiquiatría evolutiva (darwiniana) y, en fin, lo está también en la expresión clínica corriente de "queja" sugiriendo malestar y sufrimiento y a la vez descontento y disconformidad con algo y alguien. Los afectos implicados en la ansiedad y la depresión participan de esta ambivalencia funcional: por un lado, son *afectos negativos* por dis-confortantes como lo son el miedo, la angustia, la pena, la tristeza y, por otro, y por ello mismo, producen *efectos positivos* como sismógrafos, decíamos, de la tectónica de la vida.

El reconocimiento de esta ambivalencia sitúa el problema psicológico en una perspectiva distinta de aquella que lo ve como derivación de una supuesta disfunción, déficit o avería interna, fuera cerebral (locus, desequilibrio neuroquímico) o mental (procesamiento, esquemas subyacentes). La ansiedad y la depresión serían antes que nada la respuesta y el esfuerzo ante una infinidad de situaciones de la vida, de ahí su prevalencia cuando hay problemas. Pero, ¿qué hace de la ansiedad y la depresión un problema psicológico?: *la reiteración de una pauta en la que lo que uno hace ya no le saca de la situación problemática sino que le mete cada vez más en un circuito auto-reflexivo*. Esta pauta, permítase decir "neurótica", puede consistir en toda una rumia de pensamientos, en reacciones emocionales que se ceban a sí mismas y en conducta de obstinada evitación que, después de todo, deja en la misma situación y, a menudo, la pauta neurótica consiste en todo ello amalgamado. En esta concepción son importantes la idea de circuito y de situación.

El problema psicológico lo es cuando pensamientos-sentimientos-acciones constituyen un *circuito* auto-reflexivo. La logoterapia de Viktor E. Frankl presenta el modelo más claro de esta concepción, formulado precisamente en términos de circuito auto-reflexivo, pero de una u otra manera esta idea se encuentra en los distintos sistemas clínicos. De hecho, la hiper-reflexividad es probablemente un proceso psicológico común a todos los trastornos y no como mero concomitante o consecuente sino como agente causal, por cuya causa un problema de la vida se convierte en un problema psicológico (Pérez-Álvarez, 2008a). En esta línea, un problema psicológico sería ante todo un *situación* en la que uno está en vez de algo que uno tiene dentro de sí, en la cabeza, en el cerebro o en la mente, de ahí que sea tan inadecuado hablar de enfermedad del cerebro como de trastorno mental. La



depresión como situación está formulada en la terapia de activación conductual (Pérez-Álvarez, 2007), pero la idea se puede encontrar también en otras terapias (aunque quizá no tan claramente como en ésta). Así, por ejemplo, la terapia centrada en la solución entiende que los “problemas son situaciones de la vida actual experimentados como insatisfacción emocional con uno mismo y en relación con otros” (Lipchik, 2004, p. 46). Desde el punto de vista del tratamiento de lo que sea trata es de ayudar a salir de esa situación, una vez aclarado que hacer lo mismo no da más de sí.

¿En qué se diferencia, por fin, el sufrimiento normal del sufrimiento debido a un problema psicológico? De acuerdo con David Veale, un problema psicológico surge cuando el sufrimiento normal deriva en el afrontamiento del individuo de una manera en que el sufrimiento va a peor y significa que uno ya no puede seguir sus direcciones valiosas en la vida (en Smmerfield/Veale, 2008, p. 328). En este sentido decíamos que un problema psicológico es un esfuerzo contraproducente.

INTRODUCCIÓN DE LA FIGURA DE CONSULTOR PSICOLÓGICO

Pensar los problemas psicológicos que presentan los usuarios de atención primaria en términos de una filosofía contextual requiere de un nuevo modo de pensar de las instituciones, de los profesionales y de los pacientes.

Para empezar, las instituciones deberían incluir la psicología entre las prestaciones de atención primaria, como solución a la problemática planteada en el estado actual de las cosas. La solución coherente pasa por la inclusión de la atención psicológica. Se puede discutir la manera de implementarla. Si, por ejemplo el médico de atención primaria debiera incluir formación psicológica, cosa que parece inviable, no sólo por la sobrecarga formativa y asistencial que supondría sino, también, por la naturaleza de los problemas psicológicos, distinta a los problemas médicos, como se ha dicho. Se podría pensar en una ampliación de la atención especializada en los centros de salud mental y unidades de atención hospitalaria, pero los inconvenientes de esta solución son más de uno, como se ha mostrado antes.

La solución que parece lógica es la inclusión de la psicología en atención primaria. Se podría discutir aquí todavía por qué psicología y no psiquiatría. De acuerdo con la argumentación seguida, estaría claro que no se trata de problemas psiquiátricos, relativos a una es-

pecialidad médica, sino psicológicos que tienen que ver con problemas de la vida convertidos precisamente en problemas psicológicos, como también se ha señalado. La posible contribución del psiquiatra como médico estaría cubierta por el propio médico de atención primaria, sin duplicar facultativos. Se podría discutir si el mejor acceso al servicio de psicología sería mediante programas concertados con centros privados a los que se referirían los usuarios para ayudas psicológicas de tiempo limitado (Vagholkar et al, 2006) o mediante la contratación directa de psicólogos para formar parte del equipo de atención primaria. Aquí contemplamos esta segunda posibilidad: la inclusión del psicólogo en el equipo de atención primaria. Supondría sin duda un coste y habría que ver qué coste supondría, aun si el coste-beneficio es la mejor manera de valorar el beneficio de servicios para la mejora de la atención de la gente.

Sería discutible igualmente si el psicólogo de atención primaria tiene que ser un psicólogo especialista en psicología clínica. Nada lo excluiría, pero el perfil del psicólogo de atención primaria no sería el de un psicólogo clínico como especialista, orientado a la salud mental. Se trataría más bien de un psicólogo de la salud (Gatchel y Oordt, 2003). En todo caso, lo más importante ahora es caracterizar el relativo nuevo perfil del psicólogo de atención primaria, por lo demás, nada sorprendente en relación con la tradición de la psicología clínica. Se podría caracterizar el psicólogo de atención primaria como *consultor conductual de salud* (Rowan y Runyan, 2005) y su función como *consultoría conductual* (Froján, 1998), aunque lo mejor sería seguramente como *consultor psicológico de salud*. Como quiera que fuera, lo más distintivo es el término “consultor” y en su caso “consultoría”.

Los términos “consultor” y “consultoría” se sitúan en la gran tradición del consejo psicológico y del *counseling*, pero van más allá del *counseling*, como advierte el *Manual de ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling* de Miguel Costa y Ernesto López (2006). La consultoría psicológica mantiene de la tradición, cómo no, la importancia bien conocida de la relación terapéutica empática, de alianza y colaboradora y de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999) para ayudar a las personas a resolver sus problemas psicológicos (crisis, estancamientos vitales, etc.). Pero la consultoría va más allá del consejo. Lo que caracteriza en concreto a la consultoría conductual es, de acuerdo con María Xesús Frojan, la

brevidad en relación con las terapias psicológicas y la "utilización de los recursos que tiene el cliente para solucionar su problema, optimizándolos al máximo para reducir en lo posible el aprendizaje de nuevas habilidades que alargaría, sin lugar a dudas, el proceso de intervención" (Froján, 1999, p. 19). El Cuadro 3 presenta los objetivos de la consultoría conductual.

Dentro de esta perspectiva, uno de las metas más importantes es, en palabras de la autora, el incremento de la autoeficacia del individuo, en el sentido de sentirse responsable de los cambios y de ser él quien posee los recursos. En esta misma línea, Costa y López (2006) enfatizan también que el suyo es un *modelo de potenciación* tendente a dar poder a las personas para vivir, no meramente "dar consejo", por así decirlo. Tanto la propuesta de Froján como la de Costa y López se sitúan en la perspectiva del análisis funcional de la conducta, donde el problema presentado se pone en relación con las circunstancias antecedentes y consecuentes (modelo A-B-C), haciendo ver al cliente/consultante su hasta ahora esfuerzo infructuoso ("¿por qué se autoinmolan?" se preguntan Costa y López) y tratando de reconducir ese esfuerzo en un dirección valiosa para la persona. En particular, el modelo de potenciación de Costa y López conjuga una cuádruple mirada: biográfica (no está en tu razón, ni en tu corazón, ni en tu cerebro, ni en tus genes, eres tú), contextual o ecológica, transaccional referida a la propia situación de ayuda e histórica (la historia de toda una vida). Este modelo se ve aquí como un auténtico modelo contextual, en el sentido reclamado.

Se ha empezado a caracterizar al psicólogo de atención primaria como consultor conductual siguiendo a Rowan y Runyan (2005), Froján (1998) y Costa y López (2006), pero se ha de reconocer que su papel puede desempeñarse también de acuerdo con otras tradiciones clínicas, así de rica es la psicología y de interactivos son los problemas psicológicos. De ahí la denominación más general que proponemos como *consultor psicológico*. Así, se podrían señalar la psicoterapia psicodinámica breve, donde la brevedad y el foco en problemas concretos podrían acreditar a este enfoque en atención primaria, el modelo del "cliente como auto-sanador activo", una de las pocas alternativas al "modelo médico" debida a la tradición humanista, la logoterapia, antes citada, las terapias conductuales-contextuales de "nueva ola" de las cuales la activación conductual se va a citar más adelante, y la "terapia centrada en la solución", derivada de la terapia familiar.

Se señalan algunos aspectos de la terapia centrada en la solución como indicaciones de la psicología clínica requerida en atención primaria, sin necesariamente asumir la posición de "falsa humildad" del terapeuta y su proclividad a pasar de la estrategia a la estratagema que parecen darse en esta terapia, a nuestro juicio. Lo que destacamos es que la terapia centrada en la solución está más orientada precisamente a la solución que al problema. Los problemas lo serían entre tanto tengan alguna solución y todos tendrían algo en común: el deseo de que algo desaparezca (el malestar, los conflictos, la ansiedad, la depresión, etc.). Dicho de otra manera, todo problema necesitaría un cambio: algo que saque a uno de la situación en la que está. El Cuadro 4 presenta algunos de los principios de la terapia centrada en la solución.

Entre sus estrategias se destacarían la continua orientación a la solución, consistente en la clarificación de metas (¿cómo sabría que el problema se ha resuelto?) y en la atención a las excepciones del problema y posibles cambios (¿a veces no ocurre el problema? ¿qué podría hacer usted o alguien para que no ocurriera? ¿qué sucede que le gustaría que siguiera sucediendo?).

La idea de una terapia centrada en la solución más que en el problema, una vez valorado e identificado éste, se deriva también de la concepción, antes señalada, del problema como circuito auto-reflexivo. La solución general para todo problema, en correspondencia con la hiper-reflexividad como proceso común, consistiría en la ayuda para el des-enredamiento auto-reflexivo y en su lugar la reorientación a los asuntos valiosos de la vida (Pérez Álvarez, 2008b). La cuestión aquí es que esta orientación práctica a la solución habría de caracterizar al consultor psicológico, bien entendido que situarse de esa manera ante el problema supone una valoración previa (no es obviamente una actitud indiscriminada).

El psicólogo consultor de atención primaria opera dentro de un equipo y aunque no sería sólo consultor para el paciente/consultante sino también para el propio médico y otros profesionales del centro, trabaja en nombre del mé-

CUADRO 3
OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA CONDUCTUAL

- ✓ Fomentar el establecimiento de metas razonables.
- ✓ Fomentar la habilidad de resolución de problemas interpersonales.
- ✓ Fomentar la habilidad de autocontrol.
- ✓ Fomentar el desarrollo de estrategias de afrontamiento. (Froján, 1999, p. 19).

dico. A este respecto, es de suma importancia su auto-presentación ante el usuario. Tendría más o menos esta forma, siguiendo a Rowan y Runyan (2005; Cuadro 4).

**CUADRO 4
ALGUNOS PRINCIPIOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN
LA SOLUCIÓN**

Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismo.
Nada es totalmente negativo.
Usted no puede cambiar a los clientes; sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos.
Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema. (Lipchik, 2004, pp. 46-57).

**CUADRO 5
AUTO-PRESENTACIÓN DEL CONSULTOR PSICOLÓGICO**

Hola, mi nombre es _____. Antes de seguir adelante, permítame que le diga algo acerca de quién soy y qué hago aquí.

Soy el consultor psicológico de salud del centro y soy por tanto psicólogo. Trabajo con los médicos aquí en casos en los que el buen cuidado de la salud requiere poner atención no sólo a la salud física, sino también a la salud emocional y conductual y cómo estas cosas interactúan unas con otras. Siempre que los médicos están interesados en cualquiera de estas cosas, pueden llamarme como consultor. Como consultor, le ayudo a usted y a su médico a tratar mejor las cosas que afectan a su salud y bienestar. Para hacer esto, quiero echar unos 20 minutos con usted para hacernos una rápida idea de qué está pasando en su vida, qué está funcionando bien y qué no tan bien. Así, con esta información plantearemos algunas recomendaciones que podrían ayudarle y que sean factibles para usted.

Las recomendaciones podrían ser cosas que usted empiece a hacer en casa diferentemente a lo que hace o podrían incluir cosas que podemos hacer aquí en el centro. A menudo incluyen algunos materiales de autoayuda. Además podemos decidir que vuelva a verme un par de veces más si creemos que fuera bueno proseguir con alguna cosa más específica. A veces decidimos que la gente podría beneficiarse de servicios especializados más intensos. Si este fuera el caso, yo haría esta recomendación a su médico y le ayudaría a hacer la derivación al especialista.

Después de lo que hagamos hoy, comentaré con su médico las recomendaciones que alcancemos para que las incluya en el plan de cuidados que tiene para usted. También escribiré una nota para incluir en su historial de modo que si usted ve otros médicos ellos puedan continuar el plan.

Finalmente, quiero que sepa que tengo los mismos requisitos informativos que garantizan su seguridad y la de otros como el resto de miembros del centro.

¿Quiere hacer alguna pregunta antes de empezar? (Rowan y Runyan, 2005, p. 25).

Una sesión inicial con el paciente/consultante podría llevar del orden de 25-30 minutos, con los siguientes cometidos: auto-presentación según la fórmula antedicha (1-2 minutos), paso del problema referido por el médico a la valoración de los aspectos psicológicos implicados (5-10 minutos), valoración del problema (10-15 minutos), paso hacia la intervención proporcionando una conceptualización del problema centrada en las soluciones posibles (2-3 minutos) e intervención ofreciendo en lo posible opciones para afrontar el problema (10-12 minutos). Las citas siguientes podrían llevar de 5 a 25 minutos por varias semanas, dependiendo obviamente del caso.

Las habilidades básicas del consultor psicológico serían las siguientes, de acuerdo con diversos autores (Gatchel y Oordt, 2003; Robinson y James, 2005; Rowan y Runyan, 2005; Strosahl, 2005).

- 1) Los procedimientos de evaluación de los problemas o trastornos psicológicos deben ser rápidos y centrados en el problema actual. El modelo predominante para explicar los trastornos mentales en el sistema sanitario de forma implícita, y a veces explícita, es el modelo de enfermedad psiquiátrica. La asunción básica es que los trastornos de salud mental son entidades distintas cuyo origen viene determinado por desequilibrios de carácter biológico. La consecuencia natural de este modelo, en el campo de la evaluación, es que este tipo de actividad se asimile completamente con el diagnóstico psicopatológico asociado a alguna nosología dominante (CIE o DSM). Desde la perspectiva que aquí se exige, debe tenerse en cuenta que los predictores más importantes de los problemas psicológicos no son biológicos, sino que deben ser definidos en términos contextuales y psicológicos, tales como situaciones de estrés, de duelo, hábitos adquiridos, habilidades de afrontamiento, percepción errónea, estilos de pensamiento, etc. En consecuencia, la evaluación debe centrarse en los determinantes básicos de la conducta, de acuerdo con un modelo ABC, que relaciona la conducta actual con los antecedentes y los consecuentes.
- 2) La intervención debe ser breve y basada en las pruebas científicas. Deben potenciarse el uso de técnicas centradas en la solución del problema, con formatos que reduzcan el tiempo de aplicación, tales como el grupal, o los ejercicios a desarrollar fuera de la consulta (homework). Con estos condicionantes, no

es extraño que las técnicas cognitivo – conductuales tengan una cierta ventaja para ser usadas en este contexto.

- 3) Debe aprender a tomar decisiones en base a un conocimiento amplio de los factores de riesgo y de vulnerabilidad asociados al trastorno o problema que padezca el paciente/consultante. La obtención de datos individuales debe ajustarse al máximo, siempre en aras de la máxima eficiencia.
- 4) Debe poseer habilidades que fomenten la motivación para el cambio. El dominio de técnicas, como la entrevista motivacional, es especialmente necesario para abordar pacientes cuyo principal problema es la dificultad para cambiar determinados hábitos de conducta (adicciones como el tabaco, alcohol o drogas; falta de ejercicio físico, incapacidad para modificar la dieta, etc.).
- 5) Poseer aptitudes para moverse en el campo de la prevención. La Atención Primaria tiene como principal objetivo elevar el nivel de salud de la población, y una de las formas de conseguirlo es a través de los programas de prevención, bien sea indicada, selectiva o general.
- 6) Capacidad para funcionar como miembro de un equipo y comunicar sus opiniones y consejos. Una buena comunicación con el resto del equipo sanitario de Atención Primaria es una condición esencial para el buen funcionamiento de la integración. Hay que evitar en la comunicación la jerga psicológica, ser concretos, específicos y claros. La complejidad de la conducta no supone que se deban dar explicaciones o recomendaciones que sean difícilmente inteligibles o imposibles de seguir. Ha de ser eficaz y rápido en responder a las demandas y dejarse de ir a “pescar” problemas psicológicos por su cuenta. No se trata de crear un servicio paralelo de atención psicológica sino de ayudar a la atención primaria en colaboración con los médicos y demás profesionales.
- 7) Es completamente necesaria una adecuada comprensión de la terminología médica, las enfermedades comunes y sus tratamientos, y los efectos de la medicación.

EVITANDO LA “LEY PARKINSON DE LA NEUROSIS”

El consultor psicológico implica un nuevo papel para el paciente, como consultante, cliente y agente responsable y menos como paciente pasivo. El paciente que acude al consultor psicológico no es bajo el supuesto de tener un

trastorno mental sino de necesitar una ayuda psicológica para salir de un problema. Como tal ayuda, supone que el paciente/consultante ha de implicarse de una manera activa en la solución de se problema como “auto-sanador activo”, podríamos decir. La caracterización del consultor implicaba este rol de parte del consultante. Así, el modelo de potenciación de Costa y López es claro en este sentido, se trata de dar poder a las personas para vivir, el desarrollo de la autoeficacia de Froján va en la misma línea, la terapia centrada en la solución tiene como uno de sus principios el de “sólo los clientes pueden cambiarse a sí mismos” y todos insisten en potenciar los propios recursos de las personas, reorientando sus esfuerzos en una dirección valiosa.

La noción de responsabilidad está también aquí implicada. Se trata de tener habilidad para responder a los desafíos y problemas de la vida pero igualmente de hacerse cargo de su vida, en el sentido de tomar decisiones y asumir consecuencias. Muy a menudo la ayuda psicológica, y no sería poca ayuda, podría consistir en clarificar los problemas y resituar al consultante no ya como paciente sino como agente. Como se utiliza en la entrevista motivacional, el mensaje podría ser este, *mutatis mutandis*:

“Depende de ti el decidir lo que quieres hacer con esta información. Nadie puede decidir por ti, y nadie puede cambiar tu forma de beber [y en general de vivir] si no quieres cambiar. Depende de ti, y si el cambio se produce, eres tú quien lo hará” (Miller y Rollnick, 1999, p. 58).

El hecho de que las ayudas psicológicas en atención primaria tengan que ser breves por necesidad, pueden hacer en este caso de la necesidad virtud, en el sentido de que la gente tiene que aprender que las ayudas tienen un límite y una vez hecho eso, eso es lo que hay. De otra manera, se estaría acaso prometiendo más de lo que hay y quien sabe si fomentando la dolencia y la indolencia. El carácter interactivo de los problemas psicológicos puede dar de sí para interactuar con ellos durante toda una vida, si se proporcionan los medios, de manera que una intervención breve, puede ser tan necesaria como suficiente. Si estamos de acuerdo con Goethe en que las personas terminan por ser de la manera que se las trata, la necesidad debida a la limitación de los recursos asistenciales viene a ser una virtud. Aquí también la solución disponible define el problema.

Esta circunstancia lleva a otra cuestión y es que la eventual sobre-dotación de consultorías psicológicas en

atención primaria, pronto terminaría por colapsarse también, y más que hubiera, de acuerdo con una suerte de "ley Parkinson de la neurosis", según la cual las neurosis crecería en la medida de los dispositivos y disponibilidades para atenderlas, fenómeno que, por cierto, está siendo capitalizado con éxito por la industria farmacéutica. Éste es un debate abierto a propósito de la propuesta británica para la "expansión masiva" de terapias psicológicas (Summerfiel/Veale, 2008).

La evitación de semejante ley pasa por la adopción de un papel activo y responsable del paciente, dejando de serlo, para ser más agente, si acaso como consultante, pero agente con poder para vivir. Este nuevo papel para el paciente como agente no se ha de circunscribir a la atención primaria (ni a la secundaria), sino que habría de tener un alcance extra-clínico, en una escala cultural, para refundar el concepto de persona sobre la capacidad de recuperación en vez de sobre la vulnerabilidad, como viene ocurriendo en los últimos 40 años (Summerfiel/Veale, 2008). Ésta sería también una labor psicológica, no ya preventiva en sentido médico sino educativa en un sentido antropológico.

EXISTEN AYUDAS PSICOLÓGICAS EFICACES, RENTABLES Y PREFERIDAS POR LA GENTE

Aunque el papel de consultor psicológico de atención primaria incluye entre otras funciones el asesoramiento al médico y al paciente para el manejo de condiciones crónicas, trastornos de somatización y síntomas médicos inexplicables, así como la promoción de estilos de vida saludables, merece destacar la aportación en relación con la ansiedad y la depresión, como ya se viene haciendo. A este respecto, existen procedimientos eficaces y rentables y por lo demás preferibles por los usuarios.

Los problemas relacionados con la ansiedad cuentan con una variedad de tratamientos eficaces adaptados o adaptables para su aplicación en atención primaria (Campbell, Grisham y Brown, 2005; Hakkaart-van Roijen et al, 2006). En general, se trata de procedimientos breves en la perspectiva cognitivo-conductual, consistentes en un primer momento psico-educativo, donde los pacientes adoptan una nueva manera de pensar acerca de sus problemas y en una variedad de actividades como tareas para casa (auto-observación, escribir acerca de ciertas experiencias), técnicas para cambiar pautas poco adaptativas de pensamiento y de conducta, exposición a situaciones, etc.

La depresión cuenta igualmente con una variedad de tratamientos psicológicos eficaces adecuados a atención primaria (Wolf y Hopko, 2008). De hecho, la depresión es, se podría decir, un problema "predilecto" por las terapias psicológicas. Está ampliamente reconocido que la terapia psicológica es la más indicada para las depresiones "leves" y "moderadas", que serían la mayoría de ellas y prácticamente la totalidad de las que conciernen a la atención primaria. La llamada "depresión mayor" sería la que requeriría medicación como tratamiento de elección, según las guías psiquiátricas, si bien existen tratamientos psicológicos igual de eficaces aun dentro de los criterios de la medicación, como la terapia de activación conductual (Pérez-Álvarez, 2007). Entre las intervenciones psicológicas eficaces probadas en atención primaria figuran formas breves de terapia de solución de problemas, de terapia interpersonal y de terapia cognitivo-conductual (Wolf y Hopko, 2008). Cabe señalar que esta reciente revisión de Wolf y Hopko de 2008, pero recibida en la revista en septiembre de 2006, no hace referencia todavía al estudio fundamental de la terapia de activación conductual publicado a finales de 2006 (Pérez-Álvarez, 2007), donde se muestra que esta terapia es tan eficaz como la medicación (de acuerdo con los criterios de ésta) y todavía más eficaz que la terapia cognitiva o cognitivo-conductual, en pacientes con "depresión mayor". La pregunta sería qué no haría esta terapia en depresiones "leves" y "moderadas" en atención primaria, habida cuenta que es perfectamente adaptable a aplicaciones breves.

La cuestión es que la terapia de activación conductual compendia la lógica de las terapias centradas en la solución de problemas que interesan en atención primaria, al consistir básicamente en el des-enredamiento auto-reflexivo característico de la situación depresiva y en la activación conductual orientada a potenciar los propios recursos de las personas en una dirección valiosa para su vida. Es de referir aquí el estudio de Sara González, Concepción Fernández et al (2006) donde se muestra precisamente que la potenciación de recursos personales es igual de eficaz que la psicoterapia cognitivo-conductual en la prevención de la depresión en usuarios de atención primaria, donde el apoyo social también fue eficaz al final de la intervención, pero no en el seguimiento de un año como las otras dos intervenciones. Como señalan las autoras, todo hace pensar que la promoción de las estrategias de afrontamiento ya dadas en el repertorio de los sujetos sería el componente activo

de la propia terapia cognitivo-conductual. “Es decir, — dicen las autoras— la persona se vería beneficiada de un procedimiento terapéutico en el que se le estimulara a poner en funcionamiento estrategias ya adquiridas pero poco o mal utilizadas, en el que le enseñara cómo usarlas de un modo más adaptativo en los ambientes adecuados, en los que se produciría su generalización y aprovechamiento máximos” (González, Fernández et al, 2006, p. 477). La importancia de este estudio está, en todo caso, en que muestra que la potenciación metódica en 6 sesiones de una hora de los recursos de las personas es eficaz en prevenir la depresión de usuarios de atención primaria, de otra manera abocados a la usual medicación y derivación a Salud Mental (y quién sabe si a toda una carrera psicopatológica).

El trastorno mixto de ansiedad y depresión cuenta también con procedimientos psicológicos eficaces y eficientes aplicables en el Sistema Público. Un estudio de Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría et al (2000), en este caso en un Centro Público de Salud Mental, muestra que un procedimiento cognitivo-conductual es más eficaz que el tratamiento farmacológico usual y que la combinación procedimiento psicológico y medicación no es mejor que el psicológico solo. El procedimiento se llevó a cabo en formato de grupo de 4-6 personas en 12 sesiones de dos horas una vez a la semana. El ahorro de medicación que supondría y la aplicación grupal, hacen que el procedimiento no sólo sea eficaz sino eficiente, sin menoscabo de investigaciones que muestren su aplicación todavía más breve. Como concluyen los autores: “La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección en este trastorno” (Echeburúa et al, 2000, p. 532).

Formatos distintos de las típicas aplicaciones clínicas individuales son posibles y bienvenidos en atención primaria. Estos formatos incluyen terapia de pareja (Leff et al, 2000), grupal (Callaghan y Gregg, 2005; Echeburúa et al, 2000), mediante otros profesionales de atención primaria (Katon, Unutzer y Simon, 2004; Mynors-Wallis et al, 1997), terapia asistida telefónicamente (Tutty, Ludman y Simom, 2005), tratamientos con base en Internet (de Graaf et al, 2008; McCrone et al, 2004; Warmerdan, van Straten y Cuijpers, 2007) y auto-terapia con base en manuales de autoayuda (Stan et al, 2008) y la organización de grupos de autoayuda (Bright, Beker y Neimeyer, 1999).

La provisión de ayudas psicológicas podría parecer más costosa que la medicación, debido sobre todo al

mayor tiempo que requieren. Las ayudas psicológicas pueden todavía ajustar su aplicabilidad al tiempo limitado de atención primaria, si bien no debe haber una obsesión por la abreviación, lo que funciona lleva tiempo y lo que vale cuesta. Se ha de contar también con la nueva cultura que promueve la psicología en atención primaria en el sentido de pasar de un modelo de vulnerabilidad (y de dolencia e indolencia) a uno de capacidad de recuperación (de potenciación de las personas), de manera que la gente haría un uso más racional y razonable de los servicios.

Con todo, cuando se consideran como tiene que ser el coste directo del tratamiento (tiempo profesional y medicación o psicoterapia), el coste indirecto de utilización de otros recursos del sistema de salud y el coste indirecto para la sociedad (bajas laborales, desajustes familiares, etc.), las ayudas psicológicas no sólo no son más caras sino que son más rentables. Así, por ejemplo, la aplicación de intervenciones conductuales reduce hasta un 62% en cinco años la utilización médica y esta reducción de gastos es mayor que el coste de los servicios de atención conductual añadidos (Byrd et al, 2005, p. 9). El cálculo del coste de una intervención psicológica grupal para la depresión que fuera llevada en grupos de 10 participantes durante 8 semanas sobre un total de 300 pacientes muestra que costaría del orden de 58 dólares por paciente mientras que el tratamiento psicofarmacológico supondría 218, incluyendo obviamente el coste profesional de las visitas además del coste del genérico de los preparados (Callaghan y Gregg, 2005). La terapia de pareja fue significativamente más eficaz a largo plazo, en un seguimiento de dos años y tuvo también un significativo menor abandono (del 15%) en comparación con la medicación antidepresiva cuyo abandono fue del 56%, sobre un coste equivalente de ambos tratamientos (Leff et al, 2000). El tratamiento de solución de problemas llevado por enfermeras, aunque supone inicialmente un coste respecto de la atención usual, resulta compensado por el ahorro debido a bajas laborales (Mynors-Wallis et al, 1997). Una intervención consistente en una terapia cognitiva auto-aplicada con base en un manual y supervisión profesional mostró ser más eficaz y rentable que el tratamiento usual (Stant et al, 2008).

Aunque la farmacoterapia sigue siendo la forma de tratamiento de referencia, tal como están *montadas* las cosas, los datos apoyan la afirmación de que las intervenciones psicológicas en atención primaria pueden ser la alternativa coste-beneficio dentro del contexto de los

nuevos sistemas de atención y cuidado de la salud que se vienen proponiendo (Wolf y Hopko, 2008, p. 146). Las preferencias de los usuarios son claras a favor de las terapias psicológicas, de acuerdo también con sus propias concepciones psico-sociales acerca de las causas y motivos de la ansiedad y depresión que padecen (Prins, Verhaack, Bensing y van der Moer, 2008).

Habiendo como hay ayudas psicológicas eficaces, rentables y preferidas por los usuarios, un sistema de salud que se precie debiera disponer lo necesario para que la Atención Primaria contara con esta opción, como recomiendan las guías clínicas de los Sistemas Británico y Holandés de Salud. En particular, las guías del National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) para la ansiedad y la depresión recomiendan que los pacientes puedan elegir entre terapia psicológica, medicación o auto-ayuda de biblioterapia con base en principios cognitivo-conductuales (NICE, 2007, Clinical Guideline 22; NICE, 2007, Clinical Guideline 23). De igual manera, las guías del Netherlands Institute of Mental Health and Addiction para la ansiedad y la depresión incluyen las opciones psicológicas como primera línea de intervención (Trimbos Instituut: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>).

Después de este recorrido es claro que la Psicología es necesaria y posible en Atención Primaria. Lástima que este debate no se haya podido abrir donde debería haberse abierto, que es en la confección de la Estrategia del Sistema Nacional de Salud para la Salud Mental. Esperemos que el futuro depare otras oportunidades.

REFERENCIAS

- Anonymous (2007). Why having a mental illness is not like having diabetes. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 846-847.
- Berrios, G. E. (2000). Concepto de psicopatología descriptiva. En R. Luque y J. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (pp. 109-145). Madrid: Trotta.
- Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 491-501.
- Byrd, M. R., O'Donohue, W. T. y Cummings, N. A. (2005). Introduction. The Case for Integrated Care: Coordinating Behavioral Health Care with Primary Care Medicine. In W. T. O'Donohue, M. R. Byrd, N. A. Cummings y D. A. Henderson (Eds.), *Behavioral Integrative Care: Treatments that work in the primary care setting*. New York: Brunner-Routledge.
- Callaghan, G. M. y Gregg, J. A. (2005). The role of a behavioral health-care specialist in the treatment of depression in primary care settings. En W. T. O'Donohue, M. R. Byrd, Cummings, N. A. y D. A. Henderson (Eds.), *Behavioral integrative care. Treatments that works in the primary setting* (pp. 73-86). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Campbell-Sills, L., Grisham, J. R. y Brown, T. A. (2005). Anxiety disorders in primary care. En W. T. O'Donohue, M. R. Byrd, Cummings, N. A. y D. A. Henderson (Eds.), *Behavioral integrative care. Treatments that works in the primary setting* (pp. 87-107). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2004). At issue: stop the stigma: call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 477-479.
- Costa Cabanillas, M., y López Méndez, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- de Graaf, L. E., Gerhards, S. A., Evers, S. M., Arntz, A., Riper, H., Severens, J. L., Widdershoven, G., Metsemakers, J. F. y Huibers, M. (2008). Clinical and cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for depression in primary care: Design of a randomised trial. *BMC Public Health*, 8, 224. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2474681>
- Douglas, M. (1996) *Cómo piensan las instituciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., Cenea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 509-535.
- Froján, M. X. (1998). *Consultoría conductual. Terapia psicológica breve*. Madrid: Pirámide.
- Gatchel, R. J., & Oordt, M. S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care. Practical Advice and Clinical Guidance for Successful Collaboration*. Washington, DC: American Psychological Association.
- González, S., Fernández, Pérez, J. y Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18, 471-477.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos psicológicos. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial.

- Guignon, C. (1999). Los estados de ánimo en "el ser y el tiempo" de Heidegger. En C. Calhoun y R. C. Solomon (Eds.), *¿Qué es una emoción? Lecturas clásicas de psicología filosófica* (pp. 246-259). México: FCE.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós.
- Hakkaart-van Roijen, L., van Straten, A., Al, M., Rutten, F. y Donker, M. (2006). Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 188, 323-329.
- Haslam, N., (2002). Kinds of kinds: A conceptual taxonomy of psychiatric categories. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 9: 203-217.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: an integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 252-264.
- Katon, W., Unutzer, J. y Simon, G. (2004). Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go. *Medical Care*, 42, 1153-1157.
- Lam, D. C. K. y Salkovskis, P. M. (2007). An experimental investigation of the impact of biological and psychological causal explanations on anxious and depressed patients' perception of person with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 405-411.
- Lam, D. C. K., Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. C. (2005). An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness". *Journal of Mental Health*, 14, 453-464.
- Leff, J., Vearnals, C. R., Brewin, G., Wolf, B., Alexander, E., Asen, D., Dayson, E., Jones, D., Chisholm, D. y Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- London School of Economics. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. (2006). *The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. London: The London School of Economics and Political Science.
- McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro D, Ilson S, Gray J, Goldberg D, Mann A, Marks I, Everitt B (2004) Cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Metha, S. y Farina, A. (1997). Is being 'sick' really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 405-419.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Mynors-Wallis, L., Davies, I., Gray, A., Barbour, F., & Gath, D. (1997). A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *The British journal of psychiatry*, 170, 113-119.
- NICE (2007; Clinical Guideline 22). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care, is available from the NICE website (www.nice.org.uk/CG022NICEguideline).
- NICE (2007; Clinical Guideline 23). Depression: management of depression in primary and secondary care, is available from the NICE website (www.nice.org.uk/CG023NICEguideline).
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2, 97-110.
- Pérez-Álvarez, M. (2008a). Hyperreflexivity as Condition in mental disorders: A Clinical and Historical Perspective. *Psicothema*, 20, 181-187.
- Pérez-Álvarez, M. (2008b). Desenradamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, nº 0, 17-23.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2007). The Charcot Effect: The invention of mental disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 309-336.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Perona-Garcelán, S. y Vallina-Fernández, O. (2008). Changing relationship with voices: new therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 75-85.
- Pérez-Álvarez, M., Sass, L. y García-Montes, J. M. (en prensa). More Aristotle, Less DSM: The Ontology of Mental Disorders in Constructivist Perspective. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 15.

- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M. y van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—the patient's perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28, 1038-1058.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is a illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303-318.
- Robinson, J. D. y James, L. C. (2005). Assessing the Patient's Need for Medical Evaluation: A Psychologist's Guide. In L. C. James & R. A. Folen (Eds.), *The Primary Care Consultant. The Next Frontier for Psychologists in Hospitals and Clinics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rowan, A. B. y Runyan, C. N. (2005). A Primer on the Consultation Model of Primary Care Behavioral Health Integration. In L. C. James & R. A. Folen (Eds.), *The Primary Care Consultant. The Next Frontier for Psychologists in Hospitals and Clinics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sobel, D. (1995). Rethinking medicine: Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine*, 57, 234-244.
- Stant, A. D., Ten Vergen, E. M. den Boer, P.C.A.M. y Wiersma, D. (2008). Cost-effectiveness of cognitive self-therapy in patients with depression and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 57-66.
- Strosahl, K. D. (2005). Training Behavioral Health and Primary Care Providers for Integrated Care: A Core Competencies Approach. In W. T. O'Donohue, M. R. Byrd, N. A. Cummings & D. A. Henderson (Eds.), *Behavioral Integrative Care: Treatments that work in the primary care setting*. New York: Brunner-Routledge.
- Summerfield, D. / Veale, D. (2008). Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society. *British Journal of Psychiatry*, 192, 326-330.
- Tutty, S., Ludman, E. J. y Simon, G. (2005). Feasibility and acceptability of a telephone psychotherapy program for depressive adults treated in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 27, 400-410.
- Vagholkar, S., Hare, L., Hasan, I., Zwar, N. y Perkins, D. (2006). Better access to psychology services in primary mental health care: an evaluation. *Australian health review*, 30(2), 195-202.
- Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B. y Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, 68, 152-163.
- Warmerdam, L., van Straten, A. Y Cuijpers, P. (2007). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: the protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7, 72 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/72/prepub>
- Wolf, N. J. y Hopko, D. R. (2008). Psychological and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 131-161.
- Zachar, P. 2000. Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 7: 167-182.

MEJORANDO EL ACCESO A LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: UNA INICIATIVA NACIONAL PARA ASEGURAR LA PRESTACIÓN DE TERAPIAS DE ALTA CALIDAD BASADAS EN LA EVIDENCIA

IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIES IN: A NATIONAL INITIATIVE TO ENSURE THE DELIVERY OF HIGH QUALITY EVIDENCE-BASED THERAPIES

Graham Turpin, David Richards, Roslyn Hope y Ruth Duffy

Programa IAPT

El acceso a las terapias psicológicas para las personas que presentan los problemas de salud mental comunes en el Reino Unido ha tendido a ser pobre y limitado por la calidad de los servicios locales. En especial, este es el caso de las personas que acuden al médico de familia en Atención Primaria, el cual históricamente ha tenido que hacer la inaceptable elección de hacer uso sólo de la medicación o bien de derivar el caso para una intervención psicológica; pero con la condición de largos plazos de espera que, con frecuencia, exceden a los 12 meses.

Los recientes progresos en el desarrollo de directrices clínicas basadas en datos, en el Reino Unido, ha significado que las terapias psicológicas han sido recomendadas por ser a la vez altamente efectivas, relativamente seguras y económicamente viables, para un amplio rango de problemas comunes de salud mental; especialmente ansiedad y depresión. Al mismo tiempo, ha sido ampliamente apreciado por los significativos costes para las personas y para la sociedad, en cuanto a las adversas circunstancias que tiene una pobre salud mental sobre el bienestar, la capacidad de trabajo y el impacto económico, tanto para el sistema de salud en general como especialmente para el erario público, en forma de prestaciones y pagos por incapacidad.

Este artículo describe el fundamento teórico subyacente y la puesta en práctica del programa nacional de inversión gubernamental, Mejorando el Acceso a Terapias Psicológicas (Improving Access to Psychological Therapies) en Inglaterra, para ofrecer la elección de terapias psicológicas basadas en datos, con buenos recursos, a aquellas personas que experimentan problemas de salud mental comunes en atención primaria, y generalmente para apoyar su recuperación y funcionamiento en el trabajo y en la sociedad.

Palabras clave: Terapia Psicológica. Ansiedad. Depresión. Atención Primaria. Acceso.

Access to psychological therapies for people presenting with common mental health problems within the United Kingdom has tended to be poor and limited by the quality of local services. This is especially the case for people presenting to their general practitioner within primary care who historically have been faced with the unacceptable choice of either only medication or referral to psychological interventions but with the proviso of long waiting times, frequently in excess of 12 months.

Recent progress around the development of evidence based clinical guidelines within the UK, has meant that psychological therapies have been recommended as both highly effective, relatively safe and economically viable for a wide range of common mental health problems, particularly anxiety and depression. At the same time the significant costs to individuals and Society in terms of the adverse consequences of poor mental health on well-being, capacity to work and the economic impacts on both the health system generally and more specifically the exchequer, in the form of incapacity benefits and payments, has become more widely appreciated.

This paper describes the rationale behind and the implementation of a national programme of government investment, Improving Access to Psychological Therapies, within England, to provide a choice of well-resourced, evidence based psychological therapies to those individuals in primary care who experience common mental health problems, and to support generally their recovery and functioning within employment and Society.

Keywords: Psychological therapy. Anxiety. Depression. Primary care. Access.

Correspondencia: Professor Graham Turpin, Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield, Sheffield, S10 2TN
E-mail: g.turpin@shef.ac.uk

.....
El profesor Graham Turpin es director de psicología clínica en la Universidad de Sheffield, en el Departamento de Psicología. En la actualidad trabaja en CSIP como director asociado del National Workforce Programme [Improving Access to Psychological Therapies: IAPT]; dirige el Professional Standards Unit of the Division of Clinical Psychology, British Psychological Society, y co-coordina el IAPT Workforce Group junto con Roslyn Hope.

David Richards, PhD, es profesor de investigación sobre los servicios de salud mental en la Universidad de Exeter, y dirige un equipo de investigación multicentro, que examina nuevos modelos para la prestación de tratamientos, incluyendo la asistencia escalonada, la autoayuda guiada y la asistencia colaborativa.

Roslyn Hope es directora del National Institute of Mental Health England National Workforce Programme y dirige el programa de trabajo New Ways of Working in Mental Health desde el 2003.

Ruth Duffys es especialista en salud mental del NHS (Sistema Nacional de Salud) de West Midlands, y en la actualidad, coordinadora, dentro del programa IAPT, de Care Services Integrated Partnership.

El objetivo de este trabajo es describir la fundamentación teórica, diseño e implementación del programa a nivel nacional "Mejorando el Acceso a Terapias Psicológicas" (*Improving Access to Psychological Therapies, IAPT*), coordinado por el Departamento de Sanidad en Inglaterra¹ e iniciado en octubre de 2007 con una inversión de más de 200 millones de euros en los próximos tres años, para ampliar el acceso a las terapias psicológicas en Atención Primaria (<http://www.iapt.nhs.uk>). La inversión global en servicios de salud mental no ha podido cubrir la demanda de servicios para ofrecer adecuadamente tratamientos efectivos (Andrews y Tolkein II Team, 2006). Este ha sido especialmente el caso de los tratamientos psicológicos de problemas de salud mental comunes como son la ansiedad y la depresión. A pesar de que el Instituto para la Eficacia Clínica (*National Institute of Clinical Effectiveness, NICE*) (<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byTopic&co=7281>) en Inglaterra recomienda, en sus directrices clínicas, estos tratamientos como generalmente seguros y efectivos, a muchas de las personas que han acudido a la consulta de su médico de cabecera en Atención Primaria les ha sido ofrecida únicamente la opción de medicación, o bien el tener que enfrentarse a una larga espera para acceder al tratamiento psicológico, debido a la escasez de terapeutas formados. El programa *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) busca remediar estas desigualdades y ofrecer acceso a todos los pacientes que estén padeciendo problemas de salud mental comunes.

CONTEXTO

El acceso equitativo y oportuno a las terapias psicológicas basadas en datos, tiene el potencial de mejorar radicalmente la vida de muchos ciudadanos británicos; aliviando la angustia que padecen individuos y sus familias, promoviendo el bienestar y la comprensión de la enfermedad mental, reduciendo el estigma, y apoyando a personas en su trabajo y alentándolas a que regresen a él. Aunque el counselling, la psicoterapia y los servicios psicológicos han estado disponibles a través del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*) en el Reino Unido desde hace por lo menos tres décadas, ha sido sólo recientemente que estos servicios han

suscitado el grado de atención que merecen por parte de los usuarios y de los comisionados. Existen muchas razones por las que el acceso a las terapias psicológicas se considera hoy día como un área prioritaria. Entre éstas se incluyen su efectividad demostrada a través de la publicación de las directrices del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), la decisión de los pacientes de demandar mayor accesibilidad a terapias psicológicas (Department of Health, 2006; Department of Health, 2004; Rankin, 2005; SCMH, 2006), y los beneficios socio-económicos del bienestar de los individuos y la riqueza nacional en la forma de su impacto en la discapacidad y asistencia social, tal y como ha sido argumentado recientemente por Lord Richard Layard (Layard et al, 2006; Layard, 2006). Recientemente, el Centro de Salud Mental de Sainsbury (*Sainsbury Centre for Mental Health, 2007*), ha subrayado que el coste de la salud mental en referencia a la productividad en el trabajo y su presentismo, excede los costes totales por discapacidad y prestaciones.

Es posible que merezca la pena preguntarse por qué los servicios de terapia psicológica no prosperaron en el pasado. Entre las razones posibles encontramos la falta de reconocimiento de la eficacia de los tratamientos psicológicos; la rivalidad inter-profesional y la ausencia de un liderazgo claro; pocos modelos distintos de organización y prestación de servicios; una miríada de titulaciones y de cuerpos de acreditación, la ausencia de una regulación legal dentro del Reino Unido; un mal acceso para los trabajadores del NHS (Servicio nacional de Salud) a la formación y entrenamiento en terapias psicológicas e información pobre de la plantilla de trabajo sobre la realización de psicoterapia. Muchos de estos asuntos son todavía relevantes en la actualidad, aunque el énfasis en asegurar el acceso equitativo a las terapias está resultando ser una fuerza efectiva en la eliminación de estos obstáculos a través del programa IAPT.

Los nuevos servicios del IAPT serán proporcionados por un amplio abanico de profesionales que incluye psicólogos, junto con plantilla no profesional especialmente en el sector terciario (esto es, organizaciones benéficas y voluntarias). Estarán localizadas a lo largo de una variedad de servicios de Atención Primaria y Secundaria; implemantarán al NHS y a trabajadores del sector terciario, y

¹ El programa IAPT es esencialmente un programa sólo para Inglaterra, ya que la responsabilidad para la atención sanitaria se basa en la legislación específica de cada una de las nacionalidades que forman el Reino Unido. Para tener una aproximación a los desarrollos en Escocia, los lectores podrían consultar el innovador programa STEPS (White, 2008).

es posible que no exista un único modelo de prestación de servicios que satisfaga los requisitos individuales de comunidades sanitarias locales o a los responsables del comisionado (es decir, de la planificación y adquisición) de tales servicios. Aunque los comisionados locales determinarán en último caso cómo se realizará la prestación de servicios in situ, el programa IAPT ha establecido especificaciones claras de servicio, articuladas a través del Plan Nacional de Implementación (*National Implementation Plan*) y del *Commissioning Toolkit* (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>); documentación proporcionada para guiar el diseño y la prestación de estos nuevos servicios, disponible a nivel nacional. Una característica distintiva de estos servicios será su compromiso de recoger, sesión a sesión, datos estandarizados de los resultados de todos los pacientes que sean atendidos dentro de este sistema.

Durante los próximos tres años, el programa IAPT pretende la formación de 3600 terapeutas más, para que sean competentes tanto en intervenciones de alta intensidad como de baja (ver la siguiente sección), tratar a 900.000 pacientes más y establecer más de 100 nuevos servicios en Atención Primaria. Hasta el momento, en el primer año del programa, alrededor de 30 nuevos cursos de formación han sido encomendados para la formación de la primera oleada de más de 600 terapeutas. Adicionalmente, 35 *Trusts* de Atención Primaria (organizaciones independientes del sistema nacional de salud) han sido seleccionadas para ser los primeros del IAPT en implementar los servicios, prestando terapias psicológicas mejoradas, en todas las 10 regiones sanitarias estratégicas de Inglaterra.

Habiendo proporcionado los antecedentes y una visión de conjunto de la implementación del programa IAPT, se muestra a continuación una breve revisión de los servicios de atención escalonados y colaborativos, que creemos que serán un principio organizativo fundamental en el desarrollo de los servicios IAPT. Revisaremos las evidencias cotejadas hasta la fecha y nos proponemos además examinar las implicaciones del programa IAPT en la plantilla existente, tanto en Atención Primaria como en los servicios más tradicionales de psicoterapia.

MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Además de los recursos en los que se invierte, uno de los determinantes más importantes del acceso a las terapias psicológicas es cómo se organizan estos recursos dentro de los modelos de prestación de servicios. Una caracte-

rística fundamental de los servicios IAPT es el 'modelo de asistencia escalonada', la cual es representada de varias maneras diferentes dentro de las recientes directrices del NICE, y que además constituye la base de la especificación de servicios (<http://www.iapt.nhs.uk>). La implementación del modelo con respecto a la prestación de servicios en la actualidad, está ilustrada en dos centros de demostración situados en Newham y Doncaster, y establecidos en los últimos tres años por el programa IAPT. Revisaremos brevemente el desarrollo del modelo de Doncaster, el cual fue diseñado siguiendo las evaluaciones procedentes de tres fuentes de evidencia – la efectividad clínica de variantes de alta y baja intensidad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la efectividad organizacional de la atención colaborativa, y las evidencias sobre la asistencia escalonada. Estas bases de evidencia fueron usadas para diseñar un modelo asistencial que reflejase explícitamente la filosofía de la Atención Primaria y de la Salud Pública. El tratamiento debía ser proporcionado de acuerdo a estos principios, y estaba explícitamente centrado en la prestación de asistencia sanitaria a un gran número de personas. El modelo de Doncaster debía ser capaz de acomodar un volumen de derivaciones esperadas de más de 5000 clientes al año.

La efectividad clínica de variantes de alta y baja intensidad de la TCC

Las revisiones más recientes de las terapias psicológicas llevadas a cabo por el NICE (National Institute for Clinical Excellence 2004a; 2004b) recomiendan la TCC tanto para la depresión como para la ansiedad. Si bien la TCC no es el único tratamiento psicológico recomendado, la destreza y materiales clínicos necesarios para su desarrollo son mucho más accesibles para los proveedores clínicos y educativos que aquellos que se necesitan para otras terapias alternativas (como la terapia interpersonal para la depresión). Una ventaja en la elección de la TCC en Doncaster es que se han desarrollado variantes que se pueden caracterizar tanto de baja como de alta intensidad. Esto permite que el mismo tratamiento, teóricamente coherente y empíricamente válido, sea suministrado en diferentes formatos y ambientes de acuerdo con las necesidades y respuestas del paciente. Aun así, hay que recalcar que los tratamientos de baja intensidad no son TCC rebajadas, e implican aspectos de trabajo (prestaciones de trabajo, indicación a otros servicios, prácticas sociales inclusivas) que no están tradicionalmente asociados a la TCC. Los tratamientos de

alta intensidad suelen implicar una considerable aportación por parte del terapeuta, asemejándose a los modelos tradicionales de terapia. En contraste, los tratamientos de baja intensidad dan énfasis a la auto-gestión del paciente, con mucho menos contacto entre los trabajadores de salud mental y los pacientes, por ejemplo mediante la utilización de la auto-ayuda guiada o gestión de casos a través del teléfono. Dentro del programa IAPT, se ha identificado un marco de competencia para los componentes de la TCC en relación con las intervenciones tanto de alta como de baja intensidad, y se han publicado planes de estudios a nivel nacional para influir en la formación impartida por los educadores (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>).

En ensayos controlados aleatorizados, el tamaño de efecto clínico controlado –es decir, el poder terapéutico del tratamiento- de la TCC de alta intensidad es elevado, oscilando entre 0,89 para la depresión (Pilling y Burbeck, 2006) y 1,6-2,9 para los trastornos de ansiedad (Clark, 2006). La TCC de alta intensidad es por tanto menos efectiva para la depresión que para los trastornos de ansiedad, siendo el tamaño de efecto para la depresión (0,89) algo más de la mitad que para el trastorno de ansiedad generalizada (1,7). El tamaño del efecto de la TCC de baja intensidad para la depresión (0,8) es muy similar al de la TCC de alta intensidad (Gellatly et al, 2007), aunque la TCC de baja intensidad es generalmente menos efectiva y es variable en los trastornos de ansiedad (rango 0,18-1,02) (Hrai y Clum, 2006), a excepción de la ansiedad generalizada (0,92).

Evidencias sobre la asistencia sanitaria escalonada

A pesar de que existen fuertes evidencias que apoyan la eficacia de los tratamientos psicológicos, las evidencias sobre la organización de los sistemas a través de los que se realiza la prestación de tales servicios, no lo son tanto. Las directrices del NICE respecto a la depresión y la ansiedad, recomiendan que estos tratamientos sean organizados a lo largo de un modelo de asistencia escalonada. La asistencia escalonada tiene dos fundamentos principales. En primer lugar, el tratamiento debe ser siempre el menos restringido, en el que la carga para el paciente sea la menor posible, a la vez que se logran resultados clínicos positivos (Sobell y Sobell, 2000). Este principio se interpreta normalmente como la prestación de tratamientos de baja intensidad, como es la auto-ayuda guiada, a no ser que tratamientos de alta intensidad sean aconsejables. En segundo lugar, la asistencia sani-

taria escalonada debería ser autocorrectora (Newman, 2000). Esto se refiere a la revisión sistemática programada de los resultados de los pacientes para ayudar en las tomas de decisión clínicas, utilizando herramientas de resultados validados, como son los calendarios de síntomas. A pesar de basarse en la premisa de sentido común de que es tan perjudicial sobretratar como infratratar trastornos de salud mental comunes, las directrices del NICE proporcionan pocos datos empíricos que apoyen la implementación de la asistencia sanitaria escalonada.

Un ensayo revisando la asistencia escalonada (Bower y Gilbody, 2005a) concluye que tiene el potencial de mejorar la eficacia de la prestación de terapias psicológicas, si bien la forma exacta de asistencia escalonada necesaria para maximizar los beneficios del paciente no está clara. Hay dos formas posibles de implementación de la asistencia escalonada. El primero, el enfoque puramente escalonado, asigna tratamiento de baja intensidad a todos los pacientes y utiliza el principio de revisión programada para “ascender” a los pacientes que no se benefician de la intervención inicial. En contraste, el enfoque estratificado, inicialmente asigna pacientes a diferentes niveles de intervención según las medidas objetivas de sus síntomas y/o riesgos. Los dos enfoques tienen ventajas y desventajas, y el NICE hace apuestas compensatorias recomendando los dos sistemas simultáneamente (NICE, 2004a). Usando un enfoque escalonado, el peligro radica en que algunos pacientes serán inapropiadamente asignados a una “dosis” más baja de terapia que la requerida, y por tanto, la duración de su contacto con los servicios se extenderá innecesariamente. Con el enfoque estratificado, se corre el peligro de que los servicios adopten un enfoque muy centrado en evitar riesgos, y opten por sobretratar a muchas personas, por consiguiente, comprometiendo la eficacia del sistema como conjunto. Bower y Gilbody (2005b) han señalado que los beneficios de la asistencia escalonada podrían verse comprometidos si la evaluación compleja y la asignación de tratamientos requieren recursos significativos. De hecho, un enfoque estratificado depende de la habilidad de predecir con exactitud qué individuos no se beneficiarían de tratamientos de baja intensidad – denominados “interacción aptitud tratamiento” (Sobell y Sobell, 2000), para el cual las evidencias son, al menos, cuestionables. En la práctica, podría ser que versiones de asistencia escalonada intenten encontrar un equilibrio entre los dos enfoques, aunque el

grado de énfasis en escalar o estratificar podría alterar dramáticamente el rendimiento del sistema.

Evidencias sobre la asistencia colaborativa

La evidencia sobre los modelos organizacionales es mucho más fuerte en referencia a la asistencia colaborativa (Von Korff y Goldberg, 2001; Simon, 2006). La asistencia colaborativa es un enfoque de mejora de la calidad a nivel de sistema, que consiste en un enfoque multiprofesional en el cuidado de pacientes, un plan estructurado de gestión de pacientes, seguimiento programado de pacientes, y comunicación interprofesional realizada (Wagner et al, 1996; Gunn et al, 2006). Se ha probado de forma exhaustiva en el manejo de la depresión. En una reciente revisión sistemática (Bower et al, 2006) se encontró que el tamaño del efecto combinado para la asistencia colaborativa resultó ser relativamente modesto en 36 estudios, aunque los modelos que se implementaron in situ fueron extremadamente heterogéneos. Usando técnicas de meta-regresión para identificar los componentes críticos de esta compleja intervención a nivel de sistema, la revisión mostró que la efectividad de la asistencia colaborativa podría ser optimizada incluyendo dentro de ella la utilización de administradores de casos, con una formación específica en salud mental, que a su vez reciban la supervisión de un experto de forma regular. Ensayos recientes en el Reino Unido incorporando estos ingredientes efectivos, incluyendo administradores de casos que realizaban la mayor parte de los contactos a través del teléfono y administraban una combinación de medicación y TCC de baja intensidad, obtuvieron tamaños de efecto que oscilaron entre 0,42 y 0,63 (Pilling et al, 2006; Richards et al, 2008). Estos hallazgos han llevado a un esfuerzo de investigación a nivel europeo destinado a probar variantes de asistencia colaborativa en España, Alemania, Holanda y el Reino Unido (Aragonès et al, 2007; Gensichen et al, 2005; IJff et al, 2007; Richards et al, 2008).

Evidencias sobre el programa IAPT hasta la fecha

El fundamento del programa se basa en la revisión sistemática de las terapias psicológicas basadas en datos mediante el proceso de desarrollo de directrices clínicas coordinado por el NICE. Con el fin de demostrar la efectividad de los servicios del IAPT, se establecieron dos centros de demostración nacionales, junto con un número de lugares *Pathfinders* distribuidos por toda Inglaterra. Los centros de demostración llevan funcio-

nando alrededor de 24 meses y serán sujetos a una evaluación rigurosa e independiente de tres años, que será publicada en 2010. Mientras tanto, se ha publicado recientemente una evaluación interna a corto plazo recogida por los dos centros de demostración (<http://www.iapt.nhs.uk/publications/>). Así y todo, deberíamos ser cautos ya que para juzgar la efectividad de los tratamientos para la depresión en particular, se necesita un seguimiento a más largo plazo, para poder establecer la estabilidad de las tasas de recuperación (Andrews, 2001). No obstante, los datos preliminares de los dos centros de demostración sugieren que los servicios de IAPT han tenido éxito en la recogida fiable de los resultados clínicos (esto es, entre el 88 y el 99% de los resultados devueltos). El que las tasas de recuperación iniciales sean aproximadamente de la misma magnitud que las tasas de recuperación de muchos ensayos controlados aleatorizados (*Randomized Controlled Trials, RCT*) publicados, sobre los que han sido seleccionadas las intervenciones (esto es, alrededor del 52%), así como el flujo de usuarios por los servicios y el número de pacientes atendidos (p.ej., 5.500 pacientes derivados y 3.500 concluyeron su participación con los servicios, en los dos emplazamientos y dentro de 13 meses) nos demuestran el potencial de mejora del acceso.

IMPLICACIONES PARA LOS PROFESIONALES DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Finalmente, queremos examinar algunas implicaciones específicas del programa IAPT respecto a los psicólogos y psicoterapeutas existentes. Muchos de los retos del trabajo con el que enfrentan los profesionales implicados en la prestación de terapias psicológicas están siendo abordados por medio de los proyectos de salud mental "Nuevas formas de trabajar" (*New ways of working*) (DH 2005; DH 2007a Lavender and Hope, 2007; www.newwaysofworking.org.uk/). En general, estos informes describen cómo los nuevos roles y responsabilidades, una mayor flexibilidad en el trabajo, nuevas oportunidades de formación para ampliar competencias en terapias psicológicas, y un marco profesional global para todo el personal que contribuye a la prestación de servicios de terapias psicológicas, podría de forma colectiva contribuir a la mejora de la capacidad y competencia de la plantilla laboral. Recientemente, hemos escrito en otro sitio un resumen de los asuntos implicados (Turpin et al., 2006), incluyendo una estimación de la demanda de plantilla laboral en relación con el personal

existente, la combinación de competencias y el rediseño de servicios; marcos profesionales y nuevos roles; y educación y capacidad de formación. Más recientemente, el Equipo de Trabajo del IAPT ha publicado una guía práctica para el desarrollo de la plantilla de trabajo como parte de su orientación para los nuevos servicios IAPT (<http://www.iapt.nhs.uk/2007/01/practical-approach-to-work-force-development/>). En vez de volver a tratar estos asuntos aquí, nos centraremos en su lugar en los retos específicos a los que se enfrentan los trabajadores que imparten terapias psicológicas.

Desarrollo de la capacidad

Varias estimaciones independientes de la plantilla laboral del Programa IAPT, basadas en la hipótesis de Lord Layard, subrayan el déficit en el número de terapeutas existentes y la necesidad de futuras inversiones para aumentar el número de terapeutas (Glover et al., 2007; Boardman y Parsonage, 2007). Dejando a un lado el número de terapeutas que se requiere, las cuestiones críticas son: ¿Qué tipo de terapeutas y qué competencias son necesarias? Más aún, aunque una nueva inversión sea necesaria, si queremos cubrir adecuadamente la demanda del IAPT, todavía tenemos la cuestión de cómo podría utilizarse la plantilla ya existente en el rediseño de los servicios

Los servicios IAPT requerirán terapeutas competentes y cualificados que sean capaces de realizar terapias basadas en datos, en particular TCC, a los niveles tres a cinco dentro de un modelo escalonado de asistencia, tal y como se describe en las orientaciones del NICE y en el Plan nacional de Implementación para el IAPT (*National Implementation Plan for IAPT*). Preveamos que muchos *counsellors* de Atención Primaria y psicoterapeutas cualificados impartirán estas terapias junto con psicólogos clínicos. Será necesario que algunos terapeutas amplíen su formación en terapias psicológicas especializadas para adquirir el rango y el grado de dominio de las competencias terapéuticas que se requieren. Con el fin de fundamentar el desarrollo de los servicios IAPT sobre las competencias relevantes que sustentan las terapias basadas en datos, el equipo de trabajo del IAPT, en conjunción con competencias para la salud (*Skills for Health*), inicialmente encargó el desarrollo de una serie de competencias de la TCC derivadas de los ensayos que sustentan el desarrollo de las directrices del NICE. Ha sido publicado recientemente por el DH (Departamento de Sanidad) bajo la dirección de Tony Roth y Steve Pilling

(Roth y Pilling, 2007). Los trabajos actuales han ampliado estos marcos competenciales a la supervisión dentro de los servicios IAPT, y también a las terapias psicodinámica, sistémica/de familia y al counselling humanístico. (http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/competence_frameworks.htm).

Marcos profesionales

Un asunto clave en la contratación de terapeutas competentes es que en la actualidad no existe un marco profesional unificado para la terapia psicológica. A pesar de tentativas recientes desde dentro del NHS de crear una estructura salarial común (esto es, *Agenda for Change*) para todos los empleados del NHS, diferentes terapeutas practicantes (de terapias psicológicas) están representados por perfiles de trabajo diferentes que tienden a reflejar sus roles profesionales y trabajos específicos en el lugar de trabajo (e.j., *counsellor*, psicólogo/a o enfermero/a). El resultado de esto es que a muchos terapeutas se les otorguen diferentes estatus y reciban diferentes salarios. Muchas de las inconsistencias reflejan los diferentes logros y titulaciones asociados con la formación profesional preparatoria requerida (esto es, para enfermeros/as, psicólogos/as, practicantes médicos) y los niveles de responsabilidad inherentes a la profesión del practicante. Adicionalmente, existen varios nuevos grupos de trabajadores que en la actualidad contribuyen a la prestación de servicios de terapias psicológicas, incluyendo trabajadores de Atención Primaria licenciados en salud mental (con las siglas en inglés GMHWs) y profesionales de apoyo en autoayuda. Estos grupos nuevos de trabajadores tienden a ser, en general, recién licenciados procedentes de tres programas de grado en psicología que aún deberán recibir una formación profesional o de posgrado bien como enfermeros/as o como psicólogos/as clínicos. En su lugar han recibido años de formación en cómo prestar asistencia en salud mental en Atención Primaria (Bower, Jerrim y Gask, 2004). ¿Se debería considerar a estos nuevos trabajadores como profesionales de la salud mental? ¿Cuáles son sus trayectorias profesionales dentro del NHS? Sabemos que el éxito de los GMHWs ha estado limitado por una falta de evolución profesional clara aparte de inscribirse para la formación en psicología clínica (Harkness et al, 2005). Dada la variedad de competencias y roles dentro de la plantilla profesional encargada de las terapias psicológicas (desde trabajador recién titulado hasta terapeutas expertos y supervisores), creemos que sería

apropiado que se creara un marco profesional que girase en torno a la prestación de terapias psicológicas.

Un motivo adicional por el que se debería desarrollar este marco profesional es la relación pobre que existe entre las titulaciones laborales y la formación en terapias psicológicas. El grupo nacional de trabajo del IAPT (<http://www.mhchoice.csip.org.uk/>) ha identificado numerosas auditorías locales sobre la formación y titulación de los practicantes, que demuestran la presencia de un preocupante amplio rango de formación práctica y titulaciones entre las personas que consideran que están proporcionando terapia psicológica dentro del NHS, junto con niveles variables de acceso a la supervisión de expertos. Esta formación práctica puede variar desde experiencias de talleres de empresa de un día, hasta cinco años de formación de doctorado a tiempo parcial. La situación se agrava aún más por la actual ausencia de regulación legal de las profesiones de counselling y psicoterapia dentro del Reino Unido. Aunque se espera que pronto el Gobierno introduzca legislación para regular a los terapeutas en salud mental. Recientemente, el programa IAPT ha encomendado planes de estudios a nivel nacional y formación en terapias psicológicas tanto de alta como de baja intensidad (los dos programas), documentación de apoyo disponible en todo el Reino Unido para apoyar especialmente la formación en tratamientos de baja intensidad (Richards y Whyte, 2008).

Además de examinar las competencias que necesitan los terapeutas y profesionales sanitarios relacionados en el desarrollo de un marco profesional, será necesario identificar otras destrezas y competencias requeridas para la prestación de un servicio integrado y comprensivo de terapia psicológica. Estas incluirán dirección clínica y de gestión, supervisión, formación, auditorías, investigación y competencia y experiencia en desarrollo. También podrían contribuir otros trabajadores, como los médicos de familia y otros empleados de Atención Primaria, auxiliares de empleo y alojamiento, auxiliares administrativos, incluyendo recepcionistas, trabajadores de tecnologías de la información (IT) y auxiliares de oficina. Del mismo modo, las personas con experiencia en salud mental tienen un rol que desempeñar en el apoyo del proceso como miembros de plantilla, formadores y auditores. Será importante que todos los trabajadores sean conscientes psicológicamente y entiendan el espíritu de tales servicios. En la actualidad, Skills for Health está llevando a cabo trabajo en torno al desarrollo de series de Estándares Nacionales Ocupacionales (*National Occu-*

pational Standards, NOS) y marcos profesionales para trabajadores generales de salud mental y terapeutas.

El papel crítico de la supervisión

Para la prestación segura y efectiva de los servicios, y guardar fidelidad a la eficacia investigadora que sustenta las directrices del NICE, es importante que se obtengan resultados de forma regular, que sistemas de nuevas tecnologías se utilicen para facilitar a los terapeutas y supervisores la localización y gestión de casos, y que sistemas efectivos de supervisión y apoyo estén dispuestos para terapeutas, tengan o no un gran volumen de clientes. La supervisión regular, por ejemplo predice mejores resultados en los pacientes en sistemas de asistencia colaborativa (Bower et al, 2006). Los servicios también deberían ser inspeccionados y revisados de forma rutinaria, con potentes procesos y marcos de gobernanza clínica en marcha. El equipo de trabajo del IAPT ha completado recientemente algunas orientaciones preliminares sobre la importancia de la supervisión clínica dentro de los servicios, y encomendará cursos de formación para apoyar el desarrollo de supervisores dentro de los servicios IAPT. Muchas de estas cuestiones han sido también tratadas en una guía para la buena práctica en el programa IAPT, recientemente publicada por la Sociedad Británica de Psicología, que está dirigida a psicólogos, y que forma parte del proyecto *New Ways of Working* para psicología aplicada (BPS/CSIP, 2007).

Elección e igualdad

A un nivel superficial por lo menos, existe una tensión inherente reflejada en el IAPT y en la elección de agendas entre los servicios tradicionales de salud mental, caracterizados por sistemas de diagnóstico y tratamiento farmacológico, y la perspectiva psicosocial más amplia. Psicólogos, *counsellors* y psicoterapeutas, mediante la adopción de un amplio abanico de modelos y enfoques psicológicos, pueden proporcionar a los empleados de salud mental una rica variedad de explicaciones con las que comprender el sufrimiento psicológico y la discapacidad, y cómo éstas tienen un impacto, generalmente en las comunidades, en los servicios y sus usuarios, y en los cuidadores, que va más allá de la expresión de los síntomas individuales y de su mejora. Tal enfoque sustenta servicios socialmente más inclusivos que intentan responder a una variedad de necesidades sociales y psicológicas (como son el empleo, el trabajo o actividades voluntarias significativas y valoradas, temas relativos a

la vivienda, familia y paternidad) y, esperamos, que ayude a mejorar las comunidades rotas en las que muchos clientes y usuarios de los servicios viven en la actualidad.

La igualdad de acceso, especialmente para las comunidades negras y de minorías étnicas, es un área adicional en la que los terapeutas pueden contribuir. Las personas pertenecientes a comunidades negras o minorías étnicas experimentan especiales dificultades para acceder a los servicios de terapias psicológicas. Las barreras varían desde detalles prácticos como son los idiomas utilizados para ofrecer información sanitaria hasta las dificultades por la actitud eurocentrista de algunos profesionales sanitarios a la hora de comprender la diversidad cultural tanto en la expresión como en el tratamiento de problemas de salud mental (Nadirshaw, 1999; Patel et al., 2000; Williams, Turpin y Hardy, 2006). Recientemente, han sido muchas las publicaciones dedicadas a la igualdad racial y la discriminación dentro de los servicios de salud (DH, 2007b), que necesitan incorporarse al programa IAPT. Con respecto a las terapias psicológicas, existe una extensa literatura sobre la prestación de counselling y terapia culturalmente sensible, mucho de lo cual ha sido escrito en Estados Unidos, que debe asimismo incorporarse a la práctica de los terapeutas dentro del Programa IAPT (Maxie et al., 2006; Hays y Iwamasa, 2006; Hays, 2001).

CONCLUSIÓN

Si el programa IAPT se implementa de forma completa y adecuada, debería tener un considerable y significativo impacto positivo en el bienestar de la población, trayendo consigo mejoras a los servicios de salud mental ofrecidos al público con la misma trascendencia que tuvieron el cierre de los viejos manicomios y el movimiento hacia la atención comunitaria. La adecuada formación y apoyo a la plantilla de trabajo constituye uno de los retos clave para conseguir con éxito este objetivo.

Es inevitable, sin embargo, que estos fundamentales avances en la provisión de servicios desafiarán las formas tradicionales de trabajo mantenidas por muchas profesiones, y no menos la psicología. Recientemente, se han publicado otros enfoques sobre el programa IAPT en un número especial del Clinical Psychology Forum (2008), la revista profesional de la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología. Clark y Turpin (2008) han expuesto también que el programa IAPT proporciona muchas oportunidades para los psicó-

logos, tanto clínicos como de *counselling*, en el Reino Unido. Esperamos ahora los resultados clínicos que vayan obteniéndose regularmente de estos nuevos servicios para evaluar el éxito o lo que resulte de este programa.

REFERENCIAS

- Andrews, G. y Tolkein II Team (2006). *A needs-based, costed stepped-care model for Mental Health Services*. Sydney: CRUFAD, University of New South Wales.
- Andrews, G. (2001). Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy. *British Journal of Psychiatry*, 178, 192 – 194.
- Aragonès, E., Caballero, A., Piñol, J.L.I., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J.M., Casaus, P., Folch, S., Basora, J., Labad, A., and the INDI research group. (2007). Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). *BMC Public Health*, 7,253. doi:10.1186/1471-2458-7-253
- Boardman, J., Parsonage, M. (2007). *Delivering the government's mental health policies: services, staffing and costs*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Bower, P.J., Jerrim, S., Gask, L.L. (2004) Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity. *Health Social Care Community*, 12, 336-345.
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D.A., Fletcher, J., Sutton, A. (2006). Collaborative Care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta regression. *British Journal of Psychiatry*, 189, 484-493.
- Bower, P., Gilbody, S.M. (2005a). Stepped care in psychological therapies. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-18.
- Bower, P., Gilbody, S.M. (2005b). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *British Medical Journal*, 330, 839-42.
- Clark, D. (2006). *Effective psychological treatments for anxiety disorders: A report for the Department of Health in support of the submission to the Comprehensive Spending Review*. London: Institute of Psychiatry King's College London.
- Clark, D. y Turpin, G (2008). Improving Opportunities. *The Psychologist*, 21, 8, 700.
- Clinical Psychology Forum (2008). *Special issue: Improv-*

- ing Access to Psychological Therapies. v 181, January.
- Department of Health (10/10/07). Johnson announces £170 million boost to mental health therapies. Press release. Accessed: 20/2/08. Available via: <http://www.gnn.gov.uk/environment/fullDetail.asp?ReleaseID=321341yNewsAreaID=2yNavigated-FromDepartment=False>
- Department of Health (2004). *Organising and delivering psychological therapies*. London: Department of Health.
- Department of Health (2005). *New ways of working for psychiatrists (final report but not the end of the story)*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006). *Our health, our care, our say: A new direction for community services*. White paper. London: Department of Health.
- Department of Health (2007). *Positive steps: supporting race equality in mental healthcare*. London: Department of Health.
- Department of Health (2007). *Mental health: New ways of working for everyone*. London: Department of Health.
- Department of Health. World-class commissioning. Available via: <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Worldclasscommissioning/index.htm>. Accessed: 22/2/08.
- ENTO (2007). *National occupational standards for counselling*. Leicester: ENTO. Available via: <http://www.ento.co.uk/standards2/counselling/index.php> Accessed: 21/2/08.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37, 1217-1228
- Gensichen, J., Torge, M., Peitzl, M., Wendt-Hermainski, H., Beyer, M., Rosemann, T., Krauth, C., Raspe, H., Aldenhoff, J.B. and Gerlach, F.M. (2005). Case management for the treatment of patients with major depression in general practices – rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial – PRoMPT (Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial) [ISRCTN66386086] – Study protocol. *BMC Public Health*, 5, 101. doi:10.1186/1471-2458-5-101
- Glover, G., Lee, R, Dean, R. Mental Health Observatory brief 1 — psychological therapy staff (April 2007). Available via: <http://www.nepho.org.uk/index.php?c=2137> Accessed: 22/2/08.
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 6, 88.
- Harkness, E., Bower, P., Gask, L., Sibbald, B. (2005). Improving primary care mental health: survey of evaluation of an innovative workforce development in England. *Primary Care Mental Health*, 3,,253-260.
- Hays, P. (2001). *Addressing cultural complexities in practice: A framework for clinicians and counsellors*. Washington: American Psychological Association.
- Hays, P., Iwamasa, G.Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioural therapy: Assessment, practice and supervision*. Washington: American Psychology Association.
- Hirai, M., Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help intervention for anxiety problems. *Behaviour Therapy*, 37, 99-111.
- IJff, M.A., Huijbregts, K.M.L., van Marwijk, H.W.J, Beekman, A.T.F., Hakkaart-van Roijen, L., Rutten, F.F., Unützer, J. and van der Feltz-Cornelis, C.M. (2007). Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial. *BMC Health Services Research*, 7, 34. doi:10.1186/1472-6963-7-34
- Lavender, T., Hope, R. (2007). *New ways of working for applied psychologists in health and social care: The end of the beginning*. Leicester: British Psychological Society. Available from: www.bps.org.uk/the-society/organisation-and-governance/professional-practice-board/new_ways_of_working_for_applied_psychologists.cfm
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332, 1030-1032.
- Layard, R, Clark, D., Knapp, M., Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 90-98.
- Maxie, A.C., Arnold, D.H., Stephenson, M. (2006). Do therapists address ethnic and racial differences in cross-cultural psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 85-98.
- Nadirshaw, Z. (1999). *Rethinking clinical psychology: A race against time for minority ethnic communities in mental health settings*. London: Department of Health.
- National Institute for Health and Clinical Excellence

- (2004). *Clinical guideline 22: Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. London: NICE.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Clinical guideline 23: Depression: management depression in primary and secondary care*. London: NICE.
- Newman, M. (2000). Recommendations for a cost offset model of psychotherapy allocation using generalised anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 549-555.
- Patel, N., Bennett, E., Dennis, M. et al. (Eds.), *Clinical psychology, 'race' and culture: a training manual*. Leicester: British Psychological Society.
- Pilling, S., Burbeck, R. (2006). *Cognitive behavioural therapy and the effective treatment of depression: Report for the Department of Health in support of the submission to the Comprehensive Spending Review*. London: National Collaborating Centre for Mental Health, University College.
- Pilling, S., Leibowitz, J., Cape, J., Simmons, J., Jacobsen, P., Nazareth, I. (2006). Developing an enhanced care model for depression using primary care mental health workers. In P. Fonagy, G. Barruch, D. Robins (Eds.), *Reaching the hard to reach: Evidence-based funding priorities for intervention and research*. Chichester: Wiley..
- Rankin, J. (2005). *Mental health in the mainstream: A good choice for mental health*. London: Institute of Public Policy Research.
- Richards, D.A. and Mark, W. (2008) *Reach Out: Educator and Student Support Materials for Low-intensity Therapies Workers*, London: Rethink.
- Richards, DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, Bower P, Bland JM, Lankshear A, Simpson A, Fletcher J, Escott D, Hennessy S, Richardson R. (2008). Collaborative Care for Depression in UK Primary Care: A Randomised Controlled Trial. *Psychological Medicine*, 38, 279-288.
- Roth, A.D., Pilling, S. (2007). The competences required to deliver effective cognitive behavioural therapy for people with depression and anxiety disorders. London: Department of Health. Available from www.ucl.ac.uk/CORE
- Sainsbury Centre for Mental Health (2006). *Choice in Mental Health: Briefing paper 31*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007). *Mental health at work: developing the business case. Policy paper 8*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Simon, G. (2006). Collaborative care for depression. *British Medical Journal*, 332, 249-250.
- Skills for Health (2006). *Career framework for health: validation process*. London: Skills for Health., Available from: www.skillsforhealth.org.uk
- Sobell, M., Sobell, L. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 573-579.
- Turpin, G., Hope, R., Duffy, R., Fossey, M., Seward, J. (2006). Improving access to psychological therapies: Implications for the mental health workforce. *The Journal of Mental Health Workforce Development*, 1, 7-15.
- Von Korff, M., Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. *British Medical Journal*, 323, 948-9.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M. (1996). Organising care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74, 511-544.
- White, J. (2008) Stepping up primary care. *The Psychologist*, 21, 844 - 847.
- Williams, P.E., Turpin, G., Hardy, G. (2006). Clinical psychology service provision and ethnic diversity within the UK: a review of the literature. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 324-38.

EL PSICÓLOGO EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN DEBATE NECESARIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

THE PSYCHOLOGIST IN PRIMARY CARE: A NECESSARY DEBATE IN THE NATIONAL HEALTH SYSTEM

Joaquín Pastor Sirera
Secretario de la SEPCyS

La elevada prevalencia de los trastornos mentales comunes en España y otros países, junto a la infradotación de recursos públicos para la atención a la salud mental constituye uno de los principales problemas de salud pública. En el artículo se revisan algunos datos que apuntan a la precariedad del sistema de salud mental español, la sobreutilización de psicofármacos en atención primaria y la conveniencia de actuar profesionalmente a nivel primario. Se destaca la evidencia existente acerca del potencial de reducción de costes sanitarios que tendría la incorporación de psicólogos adecuadamente formados en atención primaria de salud y algunos modelos organizativos y proyectos desarrollados en otros países. Se argumenta a favor de proporcionar una auténtica asistencia bio-psico-social integrada al ciudadano como alternativa al reduccionismo biomédico que predomina en los sistemas sanitarios.

Palabras clave: Atención Primaria. Psicólogo. Eficiencia. Efectividad. Costes. Reducción de costes sanitarios. Salud Mental. Sistemas Sanitarios. España.

The high prevalence of common mental disorders in Spain and other countries, together with the underfunding of public mental health care, constitutes one of the principal problems in the public health context. This paper reviews some of the data in relation to the lack of resources invested in Spain's mental health system, the overuse of psychoactive drugs in primary care and the crucial importance of a professional attention at the primary care level. It also highlights evidence about the potential implication for reducing health costs of incorporating trained professional psychologists in primary health care, and discusses diverse collaborative care models and pathfinder projects developed in other countries. It is argued in favour of providing genuine bio-psycho-social care, as an alternative to the biomedical reductionism currently predominant in health systems.

Keywords: Primary care. Psychologist. Efficiency. Effectiveness. Cost. Medical cost reduction. Mental health. Health care systems. Spain.

Parece haber un consenso general en la comunidad científico-sanitaria sobre la necesidad de atender adecuadamente los problemas de salud mental en la asistencia primaria, puesto que es el primer nivel y puerta de acceso al sistema sanitario. La atención primaria es el recurso al que acceden en primera instancia la mayoría de personas con problemas psicosociales o de salud mental además de dolencias físicas. Se ha señalado que la atención primaria constituye el sistema de salud mental *de facto* para el 70% de la población (Regier et al. 1993). No obstante, la inclusión de servicios psicosociales basados en este nivel de atención ha sido muy escaso o prácticamente inexistente.

En este sentido, ha sido hartamente utilizado en el discurso institucional y en numerosos documentos sanitarios desde la Ley General de Sanidad de 1986, el atributo "biopsicosocial" para definir la atención que se pretendía prestar al ciudadano desde una "perspectiva integral". Tras más de 20 años desde la enunciación este *desideratum* que se ha desvelado como de marcado carácter político-decorativo (Lemos, 2008), y dando por

conseguidos algunos de los objetivos en el desarrollo de servicios de salud mental, se pone de relieve una situación de precariedad e insuficiencia de los servicios, especialmente el desigual desarrollo y dotación de recursos entre comunidades autónomas con una falta de equidad en la disponibilidad y acceso a servicios de asistencia psicológica. La ausencia de atención psicosocial eficaz en asistencia primaria y en la red hospitalaria se ha plasmado en el establecimiento de servicios comunitarios mínimos que no cubren las necesidades reales (Salvador-Carulla et al., 2003).

La reciente Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Ministerio de Sanidad y Consumo el en febrero de 2007, no parece apartarse de esta tradición de vagas formulaciones globales. No se halla en el documento una planificación concreta y evaluable que defina objetivos en cuanto a la formación de profesionales, dotación de recursos y asistencia psicológica en atención primaria, aunque se reconozca el impacto en el sistema de los trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión y trastornos adaptativos), y la conveniencia de incrementar el empleo de estrategias de carácter psicológico para abordarlos.

Correspondencia: Joaquín Pastor Sirera. Clínica de Psicología y Salud. Av. Cavaller Ximén de Tovia, 5. 46800 Xàtiva-Valencia. España.. E-mail: cpsalud@cop.es

La organización y configuración actual de la asistencia sanitaria es tal que el ciudadano carece de acceso directo a servicios de asistencia psicológica en la red pública. Los médicos de atención primaria se ven incapaces de proporcionar una respuesta asistencial significativa no farmacológica a los problemas de carácter psicológico, en parte por falta de formación específica, por falta de tiempo y también porque no está claramente establecida su responsabilidad profesional en el ámbito de lo psicosocial, además de una escasa disponibilidad y coordinación con profesionales de la salud mental. Esta segregación entre la asistencia primaria y los servicios de salud mental conduce a una respuesta ineficaz e ineficiente que favorece la sobrecarga del sistema y conduce a situaciones, por ejemplo, como la derivación al especialista de pacientes sin trastorno mental diagnosticable según las clasificaciones psiquiátricas al uso (Ortiz, González y Rodríguez, 2006). Se trata de usuarios (24,4%, según este estudio) que adolecen de un malestar psicológico que no se ajusta a los criterios diagnósticos (códigos Z), y la mitad de ellos es derivado con prescripción farmacológica ya pautada por su médico.

Además de los trastornos mentales comunes, muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de medicina general no pueden ser adecuadamente abordados desde un marco exclusivamente biomédico de atención. Las enfermedades crónicas, somatizaciones, las personas hiperfrecuentadoras de servicios médicos o los ancianos, por ejemplo, son poblaciones que requieren una atención psicológica y comportamental que facilite su adaptación a las dificultades y el cumplimiento de las prescripciones médicas. Buena parte de estos pacientes experimentan problemas psicológicos específicos clínicamente significativos que no reciben una intervención psicológica profesional basada en datos científicos, sino usualmente un apoyo informal bienintencionado y una prescripción farmacológica. El marco de atención primaria es el nivel en que estas dificultades habrían de abordarse, en prevención de un deterioro posterior que podría incrementar la demanda de atención especializada.

La conveniencia de integrar servicios de atención psicológica en la asistencia sanitaria primaria es un tema de consideración relativamente reciente en nuestro país. En otros entornos es un debate usual en la comunidad científica y está presente en el debate político sobre las reformas de los sistemas sanitarios (p. ej. Romanow y Marchildon, 2003). A nivel internacional, existe un reco-

nocimiento claro por parte de numerosos expertos y sociedades científicas acerca de la necesidad de incorporar profesionales de la salud mental a los equipos de atención primaria (Institute of Medicine, 2005; Kahn, 2004).

La importancia de considerar la asistencia integrada en atención primaria radica también en la elevada prevalencia de los trastornos mentales comunes en España. Haro et al. (2008) estiman en un 20% la prevalencia-vida y un 10% la prevalencia-año de los trastornos ansioso-depresivos en la población general. En los demandantes de atención primaria se estima que entre un 60 y un 75% de las consultas están asociadas a factores comportamentales, tales como: estilos de vida poco saludables, trastornos psicofisiológicos, somatización y trastornos emocionales asociados (Fries, Koop y Beadle, 1993, Levant, 2005). Todas estas necesidades de asistencia ocasionan un enorme impacto social y económico que incide negativamente en las personas, las familias y el sistema socio-sanitario.

Teóricamente, el marco normativo vigente en materia de asistencia sanitaria en el nivel primario permitiría y estimularía el desarrollo de servicios de atención psicológica. El Real Decreto 1030/2006, que regula la cartera de servicios del SNS, contempla la atención a la salud mental en Atención Primaria, tanto la vertiente de detección de psicopatología, como en el tratamiento de trastornos adaptativos, depresión y trastornos de ansiedad. Por otro lado, el documento *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad, 2007) establece como objetivo específico 4.4: *Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles*. El epíteto "biopsicosocial" y la invocación a la "interdisciplinariedad" sigue estando omnipresente en toda esta documentación sobre planificación estratégica sanitaria. Otro ejemplo lo encontramos en el Proyecto AP-21, un plan para la mejora de la atención primaria en el horizonte de 2007-2012, que declara: *"La Atención Primaria de salud se fundamenta en el trabajo en equipo. Las diferentes disciplinas que lo integran proporcionan una visión multidisciplinar y biopsicosocial de la atención al ciudadano. Por eso, en muchos de los servicios prestados desde el equipo de Atención Primaria, es necesaria la participación conjunta y complementaria de varios profesionales para proporcionar una atención más efectiva y de mayor calidad"* (Ministerio de Sanidad, 2006, p.81)

DEFICIENCIA DE LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A los profesionales de atención primaria se les atribuye una función reguladora de la carga asistencial de los servicios especializados de salud mental. Teóricamente, asumen la detección de trastornos mentales y la asistencia a problemas psicosociales que no requieren tratamiento especializado, determinando la conveniencia o no de la derivación a salud mental. Este modelo ha mostrado graves limitaciones debido fundamentalmente a escasez de recursos destinados a atención primaria, y por otro lado, a la falta de competencias profesionales específicas de los equipos en atención psicológica.

Respecto a la detección de problemas emocionales, existen datos sólidos que sugieren una escasa capacidad de detección de problemas de salud mental por parte del médico general. Por ejemplo, entre un 50-70% de pacientes con depresión mayor no son detectados en atención primaria (Coyne, Thompson, Klinkman, y Nease, 2002). El estudio de Aragonés, Piñol y Labad (2006) muestra que además, un 26,5% de los pacientes fueron diagnosticados erróneamente con depresión, sin cumplir criterios de trastorno del estado de ánimo. Respecto a los trastornos de ansiedad, la capacidad de detección es todavía menor: Sólo entre un 20% y un tercio son reconocidos en asistencia primaria (Wittchen, 1998, Roy-Byrne, Wagner y Scraunfnagel, 2005). De los estudios revisados por Artal, Herrán, y Vázquez-Barquero (1996), en la mayoría el "no reconocimiento" es mayor del 50%, aproximándose al 80% en los estudios en que se requiere un diagnóstico específico.

Un estudio reciente (Fernández et al., 2006) ha mostrado graves deficiencias en el tratamiento que se presta en España a los problemas de ansiedad y depresión tanto en atención primaria como especializada. Utilizando datos derivados de la muestra española del estudio epidemiológico ESEMeD (Alonso et al. 2004), de su análisis se concluye que sólo un 31.8% y un 30.5% de los pacientes en atención especializada y primaria, respectivamente, reciben un tratamiento mínimamente adecuado siguiendo criterios de práctica clínica consensuados internacionalmente y evaluados por un panel de expertos. Hay que destacar que la adecuación del tratamiento proporcionado por los psicólogos clínicos en este estudio es de un 11%, lo que sugiere que los recursos destinados a atención psicológica son especialmente pobres. Estos datos han mostrado ser los más bajos de Europa en cuanto a calidad y adecuación del tratamiento de ansie-

dad y depresión en la atención sanitaria pública (Fernández et al., 2007).

COSTES EN SALUD MENTAL Y ABUSO FARMACOLÓGICO

Los trastornos mentales conforman el grupo de condiciones clínicas con mayor coste directo y mayor carga social total sobre los sistemas sanitarios occidentales. En la Unión Europea ocasionan unos costes que se estiman en el 3 - 4% del PIB, sobre todo debido a las pérdidas de productividad por incapacidad laboral. Los trastornos psíquicos constituyen una de las principales causas de jubilación anticipada y de percepción de pensiones por discapacidad (Consejo de las Comunidades Europeas, 2005). Se ha estimado que los trastornos mentales dan cuenta del 27% de todos los años vividos con discapacidad, con un mayor impacto en la carga global de enfermedad que los trastornos cardiovasculares y el cáncer (Schwappach, 2007). Sólo la depresión unipolar, causa el 12,5% de años vividos con discapacidad. En una reciente investigación prospectiva se ha calculado que en el 2030 la depresión será la segunda causa contribuyente a la carga global de enfermedades y la primera causa en países desarrollados (Mathers y Loncar, 2006).

Los costes del sistema público de salud en España actualmente se sitúan en torno al 6 por 100 del producto interior bruto. De este gasto sanitario la factura farmacéutica se encuentra en torno al 22%. No obstante, es difícil obtener datos objetivos del gasto sanitario asignado a salud mental. Salvador-Carulla (2007) ha señalado la falta de datos oficiales del sistema nacional de salud sobre costes de salud mental. Únicamente se dispone de datos parciales de algunas administraciones autonómicas. Tampoco el reciente documento "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad, 2007) incorpora datos objetivos oficiales, sino estimaciones de una consultora para un laboratorio farmacéutico, que estimó en 1998 el coste anual total (sanitario y social) de los trastornos mentales en España en 3000 millones de euros (Ofisalud, 1998). Independientemente de la financiación real asignada, la infradotación de recursos para el tratamiento psicosocial en relación a los recursos que se destinan a medicamentos llama la atención si tenemos en cuenta que en 2006 dos de los principios activos que generaron mayor gasto en el SNS fueron la risperidona (183 millones de euros) y la paroxetina (153 millones de euros) (Información Terapéutica del SNS, 2007).

Un factor que distorsiona la asignación racional de recursos a la atención en salud mental es la presión de la industria farmacéutica, que argumenta en la dirección de que sus productos son eficientes en relación al elevado coste que ocasionan a la sociedad. Los estudios económicos patrocinados por la industria farmacéutica son abundantes en la literatura científica. Son estudios que presentan generalmente datos a favor de la relación coste-beneficio del compuesto patrocinado y suponen una fuente importante de sesgos en el análisis económico global de las alternativas relevantes de tratamiento. Se han detectado distorsiones y defectos metodológicos en el análisis económico de fármacos caros como los antipsicóticos atípicos (Basu, 2004) y antidepresivos de última generación (Baker, Johnsrud, Crismon, Rosenheck y Woods, 2003). Se ha observado que cuanto mayor es la calidad metodológica de un estudio económico, menor es la ventaja que presenta el fármaco frente a la alternativa de referencia. Esto supone serias limitaciones a la utilidad de estas estimaciones como información relevante para la toma de decisiones de asignación de recursos por parte de los gestores sanitarios (Bell et al. 2006).

El 16% de la población española toma algún psicofármaco. Las benzodiazepinas (11,4%) y los antidepresivos (4,7%) son los más consumidos, sobre todo las mujeres. La probabilidad de consumo aumenta con la edad y con la comorbilidad (Codony et al. 2007). En atención primaria, el uso de psicofármacos es elevado y se prolonga excesivamente en el tiempo a causa un deficiente seguimiento de las prescripciones realizadas. Se estima que entre un 20 y un 40% de los pacientes de atención primaria consumen principios psicoactivos (Secades et al. 2003). En este estudio el 10, 5% de la población que acude a atención primaria cumplió criterios de dependencia a psicofármacos. Respecto al seguimiento, el estudio de López, Serrano, Valverde, Casabella y Mundet (2006) refleja que el tratamiento psicofarmacológico en atención primaria se prolonga en muchos casos más allá de lo aconsejado en las guías de práctica clínica. El tiempo medio de prescripción observado en este estudio fue de $5,95 \pm 3,28$ años, y un 14,5% de pacientes medicados carecían de un diagnóstico que justificara la prescripción.

Uno de los medicamentos de mayor consumo en atención primaria son los inhibidores de la recaptación de la serotonina. El uso de estos fármacos se ha incrementado un 400% desde principios de los 90, pese a ser mucho más caros que otros medicamentos de eficacia similar, como los antidepresivos tricíclicos. Actualmente

dominan el mercado con la pretensión de mayor eficacia y seguridad que otras alternativas de referencia. Sin embargo, su efectividad ha sido cuestionada en abundantes estudios (p. ej.: Moncrieff y Kirsch, 2005; Kirsch et al. 2008) y su uso masivo no se ha acompañado de la disminución de suicidios, ni de bajas laborales por depresión (Van Praag, 2002; Ortiz y Lozano, 2005). El uso de estos fármacos en depresión leve está desaconsejado por diversas guías de práctica clínica. Sin embargo, la prescripción es prácticamente automática, incluso fuera de las indicaciones clínicas establecidas (Jureidini y Tonkin, 2006). Este enorme incremento del gasto en la prescripción de antidepresivos ha ocasionado un elevado coste de oportunidad para el sistema sanitario, puesto que no se ha incrementado paralelamente la inversión en dispositivos de tratamiento psicológico de comprobada eficacia y coste-efectividad. La terapia cognitivo-conductual para la depresión, aún siendo cara en términos absolutos, ha mostrado ventajas a largo plazo en relación al coste/efectividad a largo plazo de los antidepresivos (Hollingshurst, Kessler, Peters y Gunnell, 2005).

COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

La evidencia de que se dispone en el momento actual sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos es sustancial por su cantidad, el rigor metodológico de los estudios en que se basa y el rango de trastornos clínicos en que se ha aplicado con claros beneficios para el paciente (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Existe un amplio cuerpo de investigación que ha mostrado que los tratamientos psicológicos, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006), son de eficacia y efectividad igual o superior a los tratamientos psicofarmacológicos en los trastornos más prevalentes, y con efectividad superior a largo plazo (Hollon, Stewart, y Strunk, 2006). La aplicación de los tratamientos psicológicos en entornos "naturales" de práctica clínica ha mostrado ser tan eficaz como en entornos controlados de investigación (Hunsley y Lee, 2007), y esta transportabilidad de la eficacia puede generalizarse razonablemente a entornos clínicos tanto públicos (Westbrook y Kirk, 2005) como de práctica privada (Persons, Bostrom y Bertagnolli, 1999). Sin embargo, la proclamación de eficacia y utilidad clínica de los tratamientos es de valor limitado si no va acompañada de disponibilidad de acceso a los mismos de forma

sostenible para el sistema de atención, y obviamente, ha contarse con clínicos disponibles en la comunidad con formación adecuada para su aplicación.

La evaluación económica de los tratamientos psicológicos resulta crucial para la toma de decisiones de gestión y asignación de recursos, si tenemos en cuenta el constante incremento del gasto en servicios de salud y la disparidad entre las necesidades de la población y la escasez de recursos disponibles. Si bien se dispone de datos significativos que apuntan hacia la rentabilidad asistencial y reducción de costes sanitarios de la provisión de tratamientos cognitivo-conductuales (Myhr y Payne, 2006, Hunsley, 2003), la cuantificación de la eficiencia resulta extraordinariamente compleja, especialmente en atención primaria, donde la comorbilidad de trastornos emocionales con enfermedades y trastornos crónicos que consumen gran cantidad de recursos es la norma (p. ej. pacientes con depresión mayor y diabetes).

Layard, Clark, Knapp, y Mayraz (2007), han realizado un incisivo análisis económico que ha convencido al gobierno británico de la conveniencia de invertir considerables recursos en la creación de dispositivos de tratamiento psicológico primario, con una dotación de 173 millones de libras esterlinas para los primeros 3 años. Según este análisis, la aplicación de los criterios de práctica clínica en salud mental del National Institute for Clinical Excellence, que aconseja tratamiento cognitivo-conductual para ansiedad y depresión, supondrá un ahorro al tesoro público equivalente a 4,4 veces el coste del proyecto, iniciado en mayo de 2007 (Improving Access to Psychological Therapies; Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008).

Entre las principales razones por las que la intervención psicológica en atención primaria puede reducir costes médicos, siguiendo a Blount et al. (2007), cabe destacar lo siguiente:

1. La mayoría de visitas en atención primaria están relacionadas con necesidades de atención psicológica, aunque las dificultades psicológicas no constituyan la queja principal.

Sicras Mainar et al. (2007a) Realizaron un estudio retrospectivo de 64.000 pacientes atendidos por 5 equipos de atención primaria. El 17,4% demandó atención por trastorno emocional, siendo ansiedad y/o depresión los más frecuentes. Estos pacientes presentaron un mayor número de problemas de salud: hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, cardiopatía isquémica y cáncer, independientemente de la edad y el sexo. Según Unützer

et. al., (2006) el 75% de pacientes con depresión consultan por quejas somáticas, pero no por trastorno emocional. La mayoría de personas que se beneficiarían de atención psicológica no suelen consultar por motivos psicológicos y una persona con un trastorno psicológico es más probable que acuda al médico con quejas somáticas que una persona similar sin dificultades emocionales.

2. Una mejor identificación de las necesidades de atención psicológica, y una atención integrada en colaboración con los médicos de atención primaria conduce a una reducción de costes sanitarios.

Una persona con depresión consume cerca del doble de recursos sanitarios que otra persona con enfermedad crónica sin este diagnóstico (Kathol et al. 2005). En España, el estudio de Sicras Mainar et al. (2007b) señala que las personas con depresión en atención primaria originan un coste un 58,4% superior. El 62% de los costes totales, se deriva del consumo de medicamentos. Una revisión de 91 ensayos aleatorizados han mostrado que la integración colaborativa entre atención psicológica y tratamiento médico puede reducir el coste sanitario total en torno a un 17% (Chiles, Lambert y Hatch, 1999).

3. La atención a la mayoría de necesidades conductuales y psicológicas en atención primaria puede prestarse sin necesidad de recurrir a atención especializada en salud mental.

Gran parte de las necesidades de los usuarios pueden abordarse mediante intervenciones conductuales para afrontamiento y adaptación a enfermedades que no son identificadas con problemas psicológicos por los pacientes, como diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, o dolor crónico (Friedman, Sobel, Myers, Caudill y Benson, 1995). Los problemas emocionales leves pueden requerir en primera instancia intervenciones psicológicas eficaces breves de baja intensidad, como terapias de resolución de problemas (García Campayo, Hidalgo y Orozco, 2005), o activación conductual (Dimidjian et al., 2006).

4. Los usuarios de atención primaria prefieren tratamientos psicológicos.

Que la mayoría de personas con dificultades psicológicas prefieren un tratamiento psicológico antes que un fármaco es un dato consistente en los diversos estudios que lo han evaluado en atención primaria, pero también en atención especializada, en que la mayoría de pacientes derivados albergan la expectativa de ser tratados por

un psicólogo (Retolaza y Grandes, 2003). Se ha hallado además, que la mayor parte de aquellos que prefieren psicoterapia optan por no recibir ningún tipo de tratamiento antes que recibir únicamente medicación. Por tanto, es posible que gran parte de personas que lo necesitan, no reciban ayuda por la escasa disponibilidad de tratamiento psicológico (cf. Van Schaik et al., 2004; Tylee, 2001; Chilvers et al. 2001).

COLABORACIÓN PSICOLOGÍA/MEDICINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los servicios de atención psicológica pueden ser integrados en atención primaria siguiendo modelos de colaboración que se situarían en un continuo que va desde la total independencia de los servicios psicológicos/médicos (derivación), pasando por la coexistencia de profesionales en el mismo centro en servicios diferentes (co-localización) hasta la colaboración completa y total integración de profesionales en el mismo servicio.

Uno de los modelos más estudiados y con mayor respaldo empírico (Bower, 2002) es el de asistencia integrada (*collaborative care*) en que el médico conserva la responsabilidad sobre el tratamiento del paciente y el psicólogo ejerce un rol de consulta para médico y paciente, proporcionando habilidades al equipo de atención primaria y atención directa al paciente mediante intervenciones psicológicas breves.

Un modelo relacionado con el anterior sería el basado en el concepto de atención escalonada o por niveles (*stepped care*) recomendado por el NICE (2004). Este modelo asume que no todos los usuarios requieren un tratamiento de igual intensidad o profundidad y ofrece en primera instancia el tratamiento menos intrusivo, ya que la intervención más efectiva no ha de ser necesariamente la misma para todos. En la práctica este enfoque implica que algunas personas requieren tratamientos de "baja intensidad" y otras requieren intervenciones más complejas o de "alta intensidad", que serían tratamientos psicológicos formales aplicados por profesionales especialistas. Los tratamientos de más baja intensidad serían principalmente intervenciones breves, autoayuda guiada mediante materiales escritos o en soportes informáticos, técnicas de solución de problemas o activación conductual.

Bajo este modelo se ha implementado en el Reino Unido el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), (Turpin, Richards, Hope y Duffy, 2008), iniciado en mayo de 2007 para proporcionar tratamiento psicológico a adultos con trastorno mental común, especialmente de

presión y ansiedad. Aunque no se excluye en principio ningún enfoque teórico, es preferente el uso del tratamiento cognitivo-conductual, por la sólida evidencia existente sobre su efectividad en el tratamiento de ansiedad y depresión, de acuerdo con los diversos informes del NICE que asesoran al departamento de salud británico.

APORTACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS PRIVADOS

La mayor parte de la provisión y aplicación de tratamientos psicológicos en la población se da fuera del sector público (Lawson y Guite, 2005). La oferta de servicios de psicólogos, y empleo de intervenciones psicosociales para trastorno mental común se concentra mayoritariamente en gabinetes privados y otros recursos, como asociaciones de pacientes, mutuas, fundaciones y ONGs. El acceso a estos servicios por parte de los ciudadanos es muy desigual por razones económicas y de mercado, pero constituye el principal recurso de atención psicosocial por su relativamente sencilla accesibilidad, a diferencia de la atención psicológica en el sector público. Los psicólogos privados contribuyen a la contención de la demanda de atención psicosocial pública, pues absorben una parte del flujo de pacientes insatisfechos por las demoras en una primera consulta. Goñi, García, Landa y Lizasoain (2008) han estimado la demora para una primera consulta ordinaria en una unidad de salud mental en $49,09 \pm 31,94$ días.

El colectivo profesional de psicólogos clínicos privados en España es numeroso, y constituye el 80% de los psicólogos clínicos (Santolaya, Berdullas y Fernández, 2002). Según datos de un estudio preliminar de la SEPCyS (en preparación) el número de psicólogos en España que trabajan en el sector privado está cerca de 8.000 profesionales distribuidos en 6.400 gabinetes y otros recursos que prestan asistencia al ciudadano en diversos entornos y modelos teóricos de intervención psicológica. Una parte de esta fuerza profesional, adecuadamente formada en psicología de la salud, es un recurso que podría optimizarse para combatir parcialmente la saturación de los servicios públicos. Es una práctica común, por ejemplo en Holanda, la derivación desde atención primaria de pacientes con diagnóstico psicosocial o problemas psicosomáticos a recursos competentes fuera del sistema incluyendo a psicólogos en práctica privada (Verhaak, Lisdonk, Bor y Hutschemakers, 2000 ; Smit, 2007).

Un ejemplo de colaboración entre el sector público y privado lo encontramos en Australia. El programa Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC), fue ini-

ciado en julio de 2001, con el fin de ampliar el acceso de las personas a tratamientos de calidad para trastorno mental común en atención primaria. Este programa permite que el médico de atención primaria derive pacientes a profesionales de salud mental (fundamentalmente psicólogos) para un número limitado de sesiones de tratamiento psicológico con respaldo empírico (fundamentalmente entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual e interpersonal). Los profesionales son contratados directamente por cada centro o los pacientes se derivan a profesionales privados mediante contratos de prestación de servicios. Este proyecto se ha desarrollado en el marco del programa Access to Allied Psychological Services (ATAPS) cuya demanda del usuario y participación de médicos de AP ha crecido sostenidamente desde la introducción de este proyecto piloto a través de 111 proyectos dependientes de diferentes gerencias de Atención Primaria distribuidas por todo el país.

Desde 2001 hasta 2006 el proyecto ha contado con una financiación del equivalente a 164 millones de euros (Pirkis et al., 2006). La efectividad del proyecto hasta la fecha ha sido estimada por medio de medidas pre/post-tratamiento, obteniéndose una mejora sustancial en el 65% de los usuarios, con un tamaño del efecto medio de 1,02 para todas las intervenciones. El formato del tratamiento es individual en un 98% de los casos con una media de 5 sesiones de 45 a 60 minutos de tratamiento cognitivo-conductual (cf. Fletcher et al., 2008).

CONCLUSIONES

Aunque actualmente existe consenso sobre la importancia central de la atención psicológica para la calidad de la asistencia sanitaria, es de difícil acceso en el sector público. Tras más de 30 años de ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones, existe un destacado cuerpo de datos acumulados que demuestran la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos en entornos sanitarios tanto públicos como privados. Sin embargo, la asistencia de carácter psicológico, ha sido desplazada e ignorada en términos de planificación estratégica y desarrollo de servicios, lo que ha conducido a una subutilización, subfinanciación y subdesarrollo de los tratamientos psicológicos en la asistencia sanitaria.

En atención primaria, existen modelos de integración y colaboración entre la intervención biomédica y psicosocial que ha sido implementados en diversos países con resultados prometedores que revelan un considerable po-

tencial para el incremento de la calidad de vida del ciudadano, la satisfacción con el servicio y una contribución a largo plazo a la sostenibilidad del sistema sanitario.

La evolución reciente de los servicios de salud mental en España y otros países refleja que la atención profesional a estas necesidades no figura entre las prioridades políticas de los partidos y los gobiernos. Como se ha visto, la atención a la salud mental en España presenta un panorama general de precariedad que contrasta con la situación de conjunto del sistema sanitario, considerado el séptimo más eficiente del mundo según la O.M.S. (WHO, 2000). La situación actual de hegemonía biofarmacológica en salud mental carece de justificación racional sobre la base de la evidencia científica, la situación objetiva de los servicios sanitarios, los datos epidemiológicos, el nivel de satisfacción y las preferencias del usuario. Esta enorme disparidad entre los recursos que se destinan a tratamientos biomédicos y los que se destinan a la atención psicosocial de enfermedades y trastornos emocionales refleja el pensamiento reduccionista actual que domina las decisiones en políticas de salud (McMurtry y Bultz, 2005).

Esta situación de deficiencia ha de dar paso a un debate riguroso que impulse un clima de discusión, tanto científica como política, que permita iniciar un proceso de cambio del modelo actual de atención en salud mental, incorporando realmente en sus estrategias a todos los recursos bio-psico-sociales de la comunidad que intervienen en la asistencia al ciudadano. La incorporación real de profesionales de la salud mental y comportamental en los equipos de atención primaria supondría un paso hacia la atención psicológica en función de las necesidades de las personas más que en la asignación a categorías diagnósticas (Kinderman, Sellwood y Tai, 2007). Este proceso habría de dirigirse hacia una utilización óptima de los recursos limitados de nuestro sistema socio-sanitario desde una perspectiva integrada y de eficiencia económica en colaboración con todos los profesionales y gestores de la salud.

REFERENCIAS

- Aragonés, E., Piñol, J.L. y Labad, A. (2006): The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23(3):363-8.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, T.S., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psy-*

- chiatrica Scandinavica*, 109 suppl. (420): 8-20.
- Artal, J., Herrán, A., y Vázquez-Barquero, J.L. (1996): La enfermedad mental en atención primaria: Estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Archivos de Neurobiología*, 59 (4): 237-256.
- Baker, C. B., Johnsrud, M. T., Crismon, M. L., Rosenheck, R. A., y Woods, S. W. (2003). Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 498-506.
- Basu, A. (2004). Cost-effectiveness analysis of pharmacological treatments in schizophrenia: critical review of results and methodological issues. *Schizophrenia Research*, 71, 445-462.
- Bell, C. M., Urbach, D. R., Ray, J. G., Bayoumi, A., Rosen, A. B., Greenberg, D., et al. (2006). Bias in published cost effectiveness studies: Systematic review. *British Medical Journal*, 332(7543), 699-703.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B. L., Thomas, M., O'Donohue, W., y Peek, C. J. (2007). The economics of behavioral health services in medical settings: Summary of the evidence. *Professional Psychology: Research and Practice* 38, 3 : 290-297.
- Bower, P. (2002). Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52, 926-33.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Chiles J., Lambert M. y Hatch A. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6: 204-220.
- Chilvers, C., Dewey, M., Fielding, K., Gretton, V., Miller, P., Palmer, B., Weller, D., Churchill, R., Williams, I., Bedi, N., Lee, L. y Harrison, G. (2001). Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomized trial with patient preference arms. *British Medical Journal*, 322, 1-5.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A. et al. (2007): Uso de fármacos psicotrópicos en España: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (supl.2): 29-36.
- Consejo de las Comunidades Europeas (2005): *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas, European Communities, Health and Consumer Protection Directorate-General.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R.J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Fletcher J., Pirkis J., Kohn F., Bassilios B., Blashki G., y Burgess P. (2008). *Evaluating the Access to Allied Psychological Services Component of the Better Outcomes in Mental Health Care Program*. Melbourne: Program Evaluation Unit, School of Population Health, University of Melbourne. <http://boimhc.org/>
- Fernandez, A., Haro, J.M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., et al. (2006): Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96, 9-20.
- Fernandez, A., Haro, J.M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T.S., Autonell, J. Et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190: 172-3.
- Friedman, R., Sobel, D., Myers, P., Caudill, M., y Benson, H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*, 14, 509-518.
- Fries, J., Koop, C. y Beadle, C. (1993). Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 329, 321-325.
- García-Campayo, J., Hidalgo, I., y Orozco, F. (Eds.) (2005). *Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria*. Barcelona. Ars XXI.
- Goñi, A., García, E., Landa, N., Lizasoain, E. (2008): Análisis de las derivaciones desde atención primaria a salud mental. *Anales de Psiquiatría*, 24 (2): 83-88.
- Haro, J.M., Pinto-Meza, A. Fernández, A., Ochoa, S., Serrano, A., Autonell, J., et al. (2008): Necesidades de atención en salud mental II: Frecuencia y distribución. Trastornos mentales comunes en España. *Monografías de Psiquiatría*, 20 (1): 15-21.
- Hollingshurst, S., Kessler, D., Peters, T.J., Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: analysis of routine data. *British Journal of Psychiatry*, 330: 999-1000.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., y Strunk, D. R. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

- Hunsley, J. (2003): Cost-Effectiveness and Medical Cost-Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44, 1: 61-73.
- Hunsley, J., y Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38: 21-33.
- Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. (2007): *Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2006*. Ministerio de Sanidad. http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol31_3Monofarmacos2006.pdf
- Institute of Medicine (2005). *Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions: Quality chasm series*. Washington, DC: National Academy Press. <http://www.iom.edu/CMS/3809/19405/30836.aspx>
- Jureidini, J., y Tonkin, A. (2006): Overuse of antidepressant drugs for the treatment of depression. *CNS Drugs*, 20 (8): 623-632
- Kahn, N. B. (2004). The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine*, 2, S3-S32.
- Kathol, R. G., McAlpine, D., Kishi, Y., Spies, R., Meller, W, Bernhardt, T., et al. (2005). General medical and pharmacy claims expenditures in users of behavioral health services. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 160-167.
- Kinderman, P., Sellwood, W., y Tai, S. (2007). Policy implications of a psychological model of mental disorder. *Journal of Mental Health*, 17, 1: 93-103.
- Kirsch I., Deacon B.J., Huedo-Medina T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., y Johnson, B.T.(2008) Inicial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5 (2):e45.
- Layard, R., Clark, D.M., Knapp, M., Mayraz, G. (2007). *Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy*. London School of Economics, Centre for Economic Performance. Discussion Paper n. 829. <http://cep.lse.ac.uk/>
- Lawson R. y Guite, H.(2005). Psychological therapies for common mental illness: who's talking to whom? *Primary Care Mental Health*, 3: 13-17.
- Lemos, S. (2008): El modelo de intervención en salud mental del sistema nacional de salud español: Un largo camino por recorrer. *Infocop*, 37: 15-16.
- Levant, R.F. (2005). Psychological approaches to the management of health and disease: Health care for the whole person. En: N.A. Cummings, W.T. O'Donohue, y E.V. Naylor (Eds.) *Psychological approaches to chronic disease management*. (pp. 37-48.) Reno, Context Press.
- López, C., Serrano, R.M., Valverde, A., Casabella, B. y Mundet, X. (2006): ¿Quién controla a los enfermos tratados con psicotropos en atención primaria? *Atención Primaria*, 37 (8): 446-451.
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11):e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- McMurtry, R. y Bultz, B.D. (2005). Public policy, human consequences: The gap between biomedicine and psychosocial reality. *Psycho-Oncology*, 14: 697-703.
- Ministerio de Sanidad (2006): Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud 2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moncrieff, J., y Kirsch I. (2005). Efficacy of antidepressants in adults. *British Medical Journal*, 331:155-157.
- Myhr, G. y Payne, K. (2006): Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy for Mental Disorders: Implications for Public Health Care Funding Policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 10: 662-670.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care*. Clinical guideline 23. Londres, NICE.
- Ofisalud - Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief (1998). *El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid, Sociedad española de Psiquiatría - SmithKline-Beecham Pharmaceuticals.
- Ortiz, A., González, R., y Rodríguez, F. (2006): La derivación a salud mental de pacientes sin trastorno psíquico diagnosticable. *Atención Primaria*, 38 (10): 563-569.
- Ortiz, A., Lozano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepressivos. *Atención Primaria*, 35:152-155.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.) (2003): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. 3 vols. Madrid, Pirámide.

- Persons, J. B., Bostrom, A., y Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 535-548.
- Pirkis, J., Stokes, D. Morley, B., Kohn, F., Mathews, R., Naccarella, L., Blashki, G., Shandley, K., Littlefield, L. y Burgess, P. (2006). Impact of Australia's Better Outcomes in Mental Health Care program on psychologists. *Australian Psychologist*, 41:3, 152-159.
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., Goodwin F.K. (1993): The *de facto* US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rate of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50: 85-94.
- Retolaza, A. y Grandes, G. (2003): Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (4):171-176.
- Romanow R.J., y Marchildon G.P. (2003): Psychological services and the future of healthcare in Canada. *Canadian Psychologist*, 44:283-95.
- Roy-Byrne P., Wagner, A.W., y Scraunfnagel, B.S. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, Suppl. 4: 16-22
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Gómez-Beneyto, M., Muñoz, P.E., Torres, F. y Vázquez-Barquero, J.L. (2003). La salud mental en España: El informe SESPAS 2001. En: J. Guimón,, E. De la Sota y N. Sartorius (Eds.): *La gestión de las intervenciones psiquiátricas* (pp.179-203). Bilbao, Universidad de Deusto.
- Salvador-Carulla, L. (2007). La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente? *Gaceta Sanitaria*, 21(4):314-5
- Santolaya, F., Berdullas, M., y Fernández, J.R. (2002): La década 1989-1998 en la psicología española: análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.
- Secades, R., Rodríguez, E., Valderrey, J. Fernández, J.R., Vallejo, G. y Jiménez, J.M.(2003): El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a atención primaria en el Principado de Asturias. *Psicothema*, 15, (4): 650-655.
- SEPCyS. (en preparación): Psicólogos Clínicos en España: Informe de situación. Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI.
- Smit, A. (2007). *Improving long-term outcome of major depression in primary care: The role of recurrence prevention*. Tesis Doctoral. Universidad de Groningen.
- Sicras Mainar A., Rejas Gutiérrez J., Navarro Artieda R., Serrat Tarrés J., Blanca Tamayo M., Díaz Cerezo S. (2007a). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21:306-13.
- Sicras Mainar A., Navarro Artieda R., Rejas Gutiérrez J., Blanca Tamayo M., Serrat Tarrés, J., y Llopert López, J.R. (2007b). Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farmacia Hospitalaria*, 31 (2): 101-105.
- Schwappach, D.L.B. (2007). Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihrer Versorgung – ein blinder Fleck? *Neuropsychiatrie*, 21, 1, 18-28.
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R., Duffy, R., (2008). Delivering the IAPT programme. *Health Care and Psychotherapy Journal*, 8 (2): 2-7.
- Tylee, A. (2001). Major depressive disorder from the patient's perspective: overcoming barriers to appropriate care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5 (suppl. 1): s37-s42
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Druss, B., y Katon, W. (2006). Transforming mental healthcare at the interface with general medicine: Report of the President's New Freedom Commission on Mental Health. *Psychiatric Services*, 57, 37-47.
- Van Praag, H.M. (2002): Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates? *Crisis*, 23 (2): 77-82
- Van Schaik, D., Klijn, A., van Hout, H., van Marwijk, H., Beekman, A., de Haan, M. y van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 184-189.
- Verhaak, P.F.M., Lisdonk. E.H., Bor J.H.J., Hutschemaekers G.J.M. (2000): GPs' referral to mental health care during the past 25 years. *British Journal of General Practice*, 50: 307-308.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.
- Witchen, H.U. (1998): Recognition an management of anxiety syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 34): 1-3.
- World Health Organization (2000): *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Ginebra, WHO. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>

LA ESPECIALIZACIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA: DESDE LA NECESIDAD CLÍNICA HASTA LA CONVENIENCIA ESTRATÉGICA

SPECIALIZATION IN NEUROPSYCHOLOGY: FROM CLINICAL NECESSITY TO STRATEGIC CONVENIENCE

Igor Bombín González* y Alfonso Caracuel Romero**

*Reintegra: Centro de Rehabilitación Neurológica. Oviedo. **Centro de Psicología y Neuropsicología Clínica. Granada

La especialización dentro del ámbito de la Psicología es una necesidad ampliamente reconocida, debido a la creciente demanda de servicios que gozan de una progresiva mayor calidad y eficacia. Sin embargo, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias ha obviado el reconocimiento sanitario a importantes especialidades de marcado carácter clínico-asistencial, como es el caso de la Neuropsicología. El artículo justifica desde una base epistemológica, y desde la búsqueda de la excelencia en la calidad de los servicios sanitarios dispensados desde la Psicología, la necesidad del reconocimiento de la especialización en Neuropsicología Clínica, como una disciplina asistencial independiente, aunque íntimamente relacionada con otras especialidades clínicas, de la Psicología y de otras Neurociencias. Así mismo, plantea que este camino de diferenciación asistencial beneficia, en última instancia, la posición estratégica de la Psicología dentro de las profesiones sanitarias, y por tanto, dentro de la propia sociedad.

Palabras clave: Neuropsicología. Especialización. LOPS. Psicología Clínica.

Specialization within Psychology is a broadly acknowledged need, given the increasing demand for higher-quality and more effective clinical attention. However, Spain's Health Professions Regulation Act has overlooked important clinical-healthcare specialties, such as Neuropsychology. This article argues strongly, from an epistemological point of view, and based on the search for excellence in healthcare provided by Psychology, in favour of acknowledging Neuropsychology as a key healthcare specialization. It also argues that Neuropsychology, as an independent healthcare specialization, should collaborate closely with other healthcare fields within Psychology and Neuroscience. Furthermore, the article also postulates that such specialization in healthcare provision will ultimately benefit the strategic role of Psychology within the healthcare framework, and hence, in society.

Keywords: Neuropsychology. Specialization. LOPS. Clinical Psychology.

NECESIDAD DE ESPECIALIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA

La evolución del concepto de Psicología desde su bautizo como *ciencia del alma*, ha sido tan convulsivo como la propia historia del hombre moderno. El objeto principal de estudio de la Psicología ha ido adaptándose a los caprichosos e indecisos vaivenes que apuntaban a la esencia última del ser humano. La Psicología siempre ha tenido la vocación de estudiar y tratar de explicar dicha esencia, por lo que se ha interesado progresiva, y con frecuencia, simultáneamente por el alma, la mente, el pensamiento, la conducta, el subconsciente, la personalidad, las emociones, los aspectos relacionales o sociales, etc. y todo ello en su versión normalizada y alterada. De hecho, se podría decir que la curiosidad por explicar la *anormalidad* con frecuencia nos ha conducido a asomarnos a la *normalidad*. Así mismo, su metodología de trabajo también ha tratado de adaptarse a los dictados ajenos de lo que es y no es *conocimiento científico*, con un éxito en exceso dependiente

del criterio del juez. Esta *indecisión* epistemológica ha provocado que el interés por un objeto de estudio específico lleve a ignorar, y frecuentemente despreciar, los conocimientos generados en etapas anteriores. Fruto de esta lucha interna es el desprecio, del cual aún perduran dolorosos y dañinos vestigios, de los postulados ajenos a la corriente psicológica propia o imperante. Curiosamente, parece que, en lo referente a la Psicología, han trascendido con mayor calado las críticas internas, que el consenso, a consecuencia de lo cual, existe entre otros profesionales y el público general cierto grado de descrédito e incluso desconfianza.

Afortunadamente, también como resultado de la falta de dogmatismo en el objeto de estudio y la metodología de trabajo, la Psicología ha acumulado un notable cuerpo de conocimientos y técnicas de contrastada validez científica y eficacia clínica. Más aún, se podría decir que los propios psicólogos hemos madurado como profesionales y científicos, y hemos aprendido a integrar los conocimientos adquiridos a lo largo de la historia, independientemente de su dispar procedencia, para aceptar su valía y aplicarlos en función de las demandas específicas. Idealmente, el perfecto psicólogo debería te-

Correspondencia: Igor Bombín González. Reintegra: Centro de Rehabilitación Neurológica. C/ Eduardo de Fraga Torrejón, 4 bajo. Oviedo, España. E-mail: ibombin@reintegra-dca.es

ner amplios conocimientos sobre todos los modelos, postulados, técnicas e hipótesis de trabajo, para aplicar en cada momento una selección de la combinación con mayor probabilidad de éxito. Abarcar tal dimensión de conocimientos teóricos y adquirir un manejo aceptable de todas las técnicas de forma integrada con los postulados teóricos, con toda seguridad llevaría más de una vida profesional. Como respuesta a estas limitaciones obvias, ha surgido, con mayor fuerza en la última mitad de siglo, la necesidad de especializarse en un área de conocimiento reducido, dentro de la Psicología. Así, en la actualidad se habla de *diferentes psicologías*: Evolutiva o del desarrollo, del Aprendizaje, Psicopatología, Neuropsicología, de la Salud, Psico-oncología, de la Personalidad, Educativa, del Trabajo y las Organizaciones, Social o Comunitaria, del Deporte, y un largo etc. Un peligro inherente a la especialización es ignorar o minimizar las otras especialidades. A nivel formativo, este peligro ha tratado de solventarse mediante la obligatoriedad de una serie de conocimientos que ha de compartir todo psicólogo, y que trata de abarcar unas mínimas nociones de cada área de especialización. Esta formación se obtiene a través de la licenciatura en Psicología. Es posteriormente, a través de la formación postgrado, cuando se lleva a cabo la especialización. Sin embargo, el problema surge por la disparidad entre esta práctica formativa especializada, y el reconocimiento oficial de dicha especialidad para la práctica. En este sentido, el estado español sólo reconoce como especialidad la Psicología Clínica, a través de la formación por el sistema de residencia (PIR). Lo que representa un avance sobre la situación anterior, ya que coloca al PIR en igualdad de condiciones que otros profesionales sanitarios, ha provocado cierto desconcierto entre los propios psicólogos: ¿En qué consiste exactamente el reconocimiento del título de Especialista Clínico? ¿Es acaso la única vía de ejercitar la práctica clínica? ¿Dónde deja esto al resto de especialidades o áreas de conocimiento que tienen su reconocimiento dentro de la Psicología? Desde ciertos ámbitos, se ha resuelto esta cuestión mediante una estrategia reduccionista que poco tiene que ver con la estructuración de los conocimientos y la demanda social: sólo tiene carácter sanitario si la ejerce un especialista PIR. Esta ha sido y es la postura oficial de los legisladores y responsables de la organización sanitaria de nuestro país. Pero, ¿se ajusta esto a la realidad de la Psicología, a las demandas de la sociedad, y a los propios intereses de los profesionales de la Psicología?

El reconocimiento oficial de una especialización no ha de suponer la renuncia al resto de especialidades, o la inclusión forzada de las mismas dentro de aquella que ha sido reconocida por los legisladores. ¿Acaso este hecho, que se trata de una decisión exclusivamente política, ha cambiado el panorama epistemológico de la Psicología? Si se sigue entendiendo la Psicología como un conjunto de conocimientos tan amplios que requiere la especialización en un área concreta, resulta contradictorio y enormemente dañino para la Psicología reducir su ámbito de aplicación profesionalmente reconocido a la Psicopatología. Porque la realidad es que el plan de estudio y formación de la especialización en Psicología Clínica vía PIR es una especialización en Psicopatología. Puede que esta confusión entre Psicología y una de sus áreas de conocimiento, la Psicopatología, sea comprensible en el público general y, por tanto de los políticos encargados de la legislación de los recursos sanitarios. Pero resulta en extremo nocivo que esta confusión sea compartida por los propios psicólogos, porque en última instancia supone el reduccionismo absoluto de la Psicología a la Psicopatología. Lamentablemente, recuerda en exceso tiempos pretéritos, en los que desde la escuela imperante en un momento histórico específico, se rechazaba como válido cualquier postulado ajeno a los propios. Si de algo sirve la Historia, es para aprender de errores pasados.

Las otras áreas de conocimiento o especialidades, que potencialmente pueden verse imbuídas por este movimiento social de reduccionismo, son las que tienen una clara vocación clínica y sanitaria. Este es el caso de la Neuropsicología, que en los últimos años está suscitando un interés creciente entre otros profesionales sanitarios, lo que ha generado una creciente demanda de especialistas en este área. Sin embargo, la contratación en los servicios públicos sanitarios de un profesional de la Neuropsicología, va supeditado a que dicho profesional posea el título de Psicólogo Clínico Especialista. Así, nos encontramos ante un claro ejemplo de desajuste entre la legislación sanitaria y la realidad epistemológica de la Psicología. Cómo resolvamos, en primera instancia los propios psicólogos, y posteriormente la sociedad, esta cuestión, va a determinar en gran medida el papel de la Psicología como profesión sanitaria.

NEUROPSICOLOGÍA: ESPECIFICIDAD DE SU METODOLOGÍA DE TRABAJO Y SUPUESTOS TEÓRICOS

Definir el papel de Neuropsicología, dentro de la Psicología y en relación a otras neurociencias, requiere en

primer lugar definir qué es la Neuropsicología y delimitar su actual ámbito de intervención. La Neuropsicología se ha definido tradicionalmente, y en un sentido amplio, como la ciencia que estudia las relaciones entre cerebro y conducta. En esta definición, cuando se habla de cerebro, se refiere al SNC en su totalidad, y desde una perspectiva neurobiológica: como un órgano sujeto a las leyes físicas, y por tanto susceptible de alteraciones por cambios morfológicos-bioquímicos, que pueden causar su alteración funcional. Por otro lado, cuando en la definición se habla de conducta, ésta se entiende en un sentido amplio, con especial énfasis en los procesos cognitivos, pero también en la conducta observable, principalmente propositiva, y en las emociones.

En definitiva, **el gran reto de la neuropsicología, y donde ésta centra sus esfuerzos investigadores, es en el conocimiento de la naturaleza y funcionamiento de los procesos cognitivos, su interrelación, y su relación con la conducta, las emociones y, en general, con el desempeño funcional del ser humano en su medio.** Es la búsqueda de este conocimiento lo que caracteriza la práctica de la Neuropsicología, y no el empleo, a veces indiscriminado, de su metodología sin un sustrato teórico que lo apoye. Ocurre con relativa frecuencia, que se confunden disciplina y metodología, de tal manera que se confunde aplicación de tests neuropsicológicos con realizar un abordaje neuropsicológico; se confunde el objeto de la evaluación neuropsicológica; y se cree que se está realizando rehabilitación neuropsicológica, cuando únicamente se está manejando torpemente parte de su instrumentación. El afán de la Neuropsicología no es el de desarrollar pruebas, tests o ejercicios que evalúen o entrenen con mayor o menor sofisticación, finura o incluso innovación, los diferentes procesos cognitivos; sino el dotar a los profesionales de una base teórica, basada en la evidencia científica, de cómo tienen lugar estos procesos, sus posibles alteraciones, y cuando es posible, la intervención sobre los mismos para rehabilitarlos, o compensar los déficits.

Igual que no es Psicólogo Clínico, ni psiquiatra quien administra un test de personalidad o una prueba proyectiva; ni es neurólogo quien examina un TAC o una RMN o quien sabe identificar ciertos signos neurológicos; ni es médico quien sabe usar un fonendoscopio; ni es informático quien sabe usar un ordenador... De la misma manera, no es neuropsicólogo/a quien usa tests neuropsicológicos, sino quien los emplea para una finalidad concreta partiendo de una serie de hipótesis de

trabajo, a su vez derivadas de un marco teórico de referencia de cómo funcionan y se interrelacionan los procesos cognitivos, y en función de la patología de estudio, cuál es el perfil de rendimiento cognitivo esperado. Es decir, lo que caracteriza al profesional de la Neuropsicología no es el empleo de una instrumentación específica, sino el conocimiento de las relaciones cerebro-conducta en el contexto de una posible patología, o del funcionamiento normal. Las consecuencias del uso de la instrumentación propia de la neuropsicología sin el suficiente bagaje de conocimientos, inexorablemente va a alterar las conclusiones de la evaluación, y por lo tanto, va a pervertir el proceso diagnóstico, con el consiguiente perjuicio en el posible tratamiento, y en el pronóstico general del paciente. La relativa frecuencia de este error se debe en parte a identificar la etiquetación de un test neuropsicológico como un criterio diagnóstico. Un test que afirma ser de memoria, no significa que exclusivamente mida memoria. El error está en considerar que existe una correspondencia lineal entre tests y función cognitiva, de tal manera que si se administra un test de memoria a un sujeto y su rendimiento está por debajo del de su grupo de referencia, la única conclusión plausible es que tiene un déficit de memoria. Sin embargo, el experto en neuropsicología ha de considerar las posibles hipótesis que explicarían el bajo rendimiento en el test de memoria, en la que además de considerar la posibilidad de un déficit mnésico, se considerarían otras, como la afectación de otras funciones cognitivas que producen un bajo rendimiento mnésico, además de posibles procesos psicopatológicos u otras circunstancias que puedan condicionar este bajo rendimiento. Además, el experto en neuropsicología ha de conocer las propiedades psicométricas de los tests, incluyendo sus limitaciones, y ha de saber interpretar los resultados de las herramientas de evaluación en función de su sensibilidad y especificidad.

La evaluación neuropsicológica es un proceso complejo (como lo suele ser la evaluación en cualquier área), y es condición indispensable para realizarla adecuadamente, poseer unos firmes conocimientos sobre esta disciplina. De hecho, esta evaluación se ve más caracterizada por la pericia del evaluador, que por la sofisticación o adecuación psicométrica de las pruebas empleadas. El propio Luria improvisaba una serie de tareas en la evaluación, en función de las hipótesis explicativas que iba generando a lo largo de sus observaciones conductuales. No fue hasta años más tarde de realizar estas

observaciones conductuales que se sistematizaron en una batería neuropsicológica. Otro ejemplo procede de la práctica actual de la neuropsicología clínica en EE.UU., donde es muy frecuente en los hospitales o centros con gran volumen de pacientes, que sea un técnico (que ni siquiera es psicólogo) especializado en administrar las pruebas neuropsicológicas quien realice la mayor parte de la evaluación, pero es el neuropsicólogo quien diseña el proceso de evaluación y obtiene las conclusiones diagnósticas oportunas. En síntesis, el proceso de evaluación neuropsicológica se desarrolla de acuerdo a un proceso analítico, comparable a la metodología experimental, a través de la sucesiva eliminación de hipótesis alternativas posibles. Dicho análisis sólo se puede realizar de forma adecuada si se posee *a priori* un marco teórico de referencia sobre el funcionamiento cognitivo normal, así como un conocimiento exhaustivo de las alternativas diagnósticas.

Otro error común cuando se afronta una evaluación neuropsicológica es confundir el objetivo de la misma. El objetivo principal de la evaluación no sería establecer si el sujeto evaluado presenta un rendimiento en una prueba neuropsicológica por encima o debajo de un punto de corte que establecería si se trata de un paciente *orgánico* o no. Tampoco se trata de establecer la localización de la lesión, dado que en la actualidad hay técnicas mucho más precisas como las de neuroimagen (TAC, RMN, SPECT, etc.). **El objetivo principal de la evaluación neuropsicológica, es procurar una descripción explicativa de la configuración global del sistema cognitivo del sujeto, describiendo áreas afectadas y áreas preservadas, la interrelación entre las mismas, el resultado cognitivo global, así como las consecuencias funcionales del perfil cognitivo hallado en relación a las demandas del ambiente.** Es importante que como resultado de la evaluación se pueda describir el perfil de funcionamiento cognitivo de forma global, y cómo éste se interrelaciona con la posible presencia de alteraciones conductuales, emocionales y dificultades relacionales, y en última instancia, con su independencia funcional. En algunos casos, este perfil resultante facilitará el diagnóstico diferencial, en términos de la patología subyacente, como es el caso de las demencias. Pero en multitud de ocasiones, será precisamente la descripción del mencionado perfil el fin último de la evaluación, ya que la etiología ha sido de sobra filiada, como en los casos de daño cerebral adquirido, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, etc.

Esta confusión entre herramientas de trabajo y disciplina, también sucede con frecuencia en la rehabilitación. La rehabilitación neuropsicológica a menudo es vista por profesionales ajenos como un mero ejercicio de entrenamiento o estimulación cognitiva, a modo de gimnasia mental. Desde esta perspectiva simplista, el único cometido de quien realiza la rehabilitación neuropsicológica es la de presentar unos ejercicios que el paciente ha de completar con el mayor éxito posible. Así, existe últimamente una creciente demanda de material publicado o programas de ordenador que contengan estos ejercicios, con la presunción de que cualquier persona (psicólogo o no) puede aplicarlos, independientemente de su bagaje formativo. Basta con saber que tiene un problema de memoria y que los ejercicios afirman estar orientados a la mejora mnésica. Sin embargo, los hallazgos sobre rehabilitación neuropsicológica basada en la evidencia siguen enfatizando la importancia de la participación en los equipos multidisciplinares de rehabilitación de un profesional experto en neuropsicología (véase Halligan y Wade, 2005). Este experto ha de conocer las relaciones cerebro-conducta, las interrelaciones entre los diferentes (sub)procesos cognitivos, y su relación con la conducta y las emociones, ya que de otra manera, no podrá realizar un análisis explicativo de (sub)procesos afectados / preservados, esencial para orientar la rehabilitación. Una vez más, lo de menos es el ejercicio específico de rehabilitación, y lo importante en dónde pone el énfasis el terapeuta, para lo cual resulta imprescindible, en primer lugar, un profundo conocimiento teórico, y en segundo lugar, un manejo fluido de las diferentes técnicas de rehabilitación neuropsicológica. Además, las definiciones actuales de rehabilitación neuropsicológica (Halligan y Wade, 2005) dejan obsoletos aquellos abordajes simplistas de entrenamiento indiscriminado de tareas en las que ha fracasado en la evaluación, y proponen una intervención holística y compleja, que consiga no sólo la mejora del funcionamiento cognitivo del sujeto, sino también, su adaptación funcional, con una especial atención a variables emocionales y de personalidad.

La consecuencia para el paciente de procurarle una rehabilitación no basada en los postulados de la Neuropsicología Clínica es que recibe un tratamiento ineficaz, a pesar de que se han desarrollado técnicas de rehabilitación neuropsicológica de contrastada eficacia, con lo que se concurriría en una negligencia asis-

tencial. Pero no olvidemos que este enfoque tiene una consecuencia devastadora para la eficacia y utilidad percibida de la Psicología: al procurar tratamientos inefectivos, la conclusión de otros profesionales, y a la larga de la sociedad, va a ser la de que la Psicología es ineficaz en el tratamiento de los déficits cognitivos. Además, los responsables de las políticas sanitarias realizarán un sencillo cálculo mental: en vista de la dudosa eficacia de este tipo de intervenciones, y teniendo en cuenta que, en cualquier caso, lo importante no es tanto el profesional, como el material, invirtamos en material, y contratemos personal de baja cualificación, ya que resulta más barato que un psicólogo. Este razonamiento, por agorero y rebuscado que parezca, ya se ha realizado, y no es extraño encontrarse en ciertas instituciones esta realidad, al igual que ha pasado en otros ámbitos de la Psicología. Lamentablemente, es el intencionado descrédito entre los propios psicólogos, lo que ha dado a entender a otros profesionales y a la sociedad, que la formación teórica especializada no es tan relevante.

En resumen, queda de relieve la necesidad de una especialización, debido a las necesidades formativas del experto, que incluyen contenidos teóricos específicos y el manejo de técnicas, que son exclusivas de la neuropsicología. El reconocimiento de esta necesidad, inicialmente dentro de la Psicología, producirá una paulatina depuración de la metodología de trabajo y eficacia, que derivará en tratamientos eficaces reconocidos por otros profesionales y la sociedad.

LA NEUROPSICOLOGÍA COMO ESPECIALIDAD SANITARIA

Dada la actual regulación de las profesiones sanitarias, habrá quien encuentre tentador reducir la consideración de una actividad profesional como sanitaria o no, en base a lo que establece la legislación vigente. Pero una vez más, tanto la Psicología como otros profesionales sanitarios tienen mucho que decir al respecto. La concepción de Salud ha evolucionado considerablemente en las últimas décadas, desligándose de la exclusividad que supone la presencia de un trastorno, preferiblemente de filiación orgánica (y por tanto, objetiva, medible y tratable). Conceptos como el de bienestar emocional, calidad de vida, percepción subjetiva, han ido desplazando un modelo *biologicista* según el cual sólo es objeto de los recursos sanitarios dolencias orgánicas de causa conocida. Este enfoque biologicista, semejante a un *positi-*

vismo pervertido, ha fracasado en parte porque pasaba por el "todo para el paciente, pero sin el paciente". Esto es, la única información fiable era la procedente de las herramientas diagnósticas empleadas por los profesionales, de mayor o menor sofisticación, y donde poco tenían que decir el paciente, o sus circunstancias específicas. Resultaba paradójico según este modelo, que a una misma patología le sobrevinieran diferentes grados de discapacidad o diferentes síntomas añadidos, y en definitiva, diferentes pronósticos asociados a la heterogeneidad de variables en principio no asociadas al ámbito sanitario. Afortunadamente, las concepciones actuales de Salud han evolucionado y ya no sólo se hace referencia a la presencia o ausencia de una patología, sino a las consecuencias de la misma sobre el nivel de funcionamiento del paciente, en relación a sí mismo, su entorno, y su posición en la sociedad. De acuerdo al modelo de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de la OMS (2001), se produce una interacción entre la patología y los déficits generados por la misma con factores ambientales (físicos y personales) que determinan las repercusiones funcionales (actividad) y el grado de discapacidad (participación) del paciente en relación a su entorno. Así, el impacto de cualquier manifestación patológica debe ser analizado de acuerdo a cuatro niveles: patología, déficit, actividad (antes denominado discapacidad) y participación (previamente referido como minusvalía).

Teniendo en cuenta que la Neuropsicología aborda patologías con un marcado componente neurológico, resulta sencillo contemplar el papel de la Neuropsicología de acuerdo a la actual concepción de salud. En todos los casos la *patología* implica una alteración a nivel neurológico, es decir la afectación estructural, bio-química y funcional del cerebro. El análisis a este nivel es el enfoque habitual de las disciplinas médicas y biológicas. Sin embargo, al realizar el análisis a nivel del *déficit*, la Neuropsicología pone a disposición del paciente su metodología de trabajo propia para determinar la naturaleza, extensión y relación de los diferentes déficits cognitivos, alteraciones conductuales y emocionales y otras manifestaciones psicopatológicas; si bien es cierto que parte de este análisis lo debe hacer en conjunción con otros profesionales, como el Psicólogo Clínico. Pero no menos importante es la contribución de la Neuropsicología en el análisis y tratamiento de las repercusiones de tales déficits a nivel de actividad y participación. Tal y como ha quedado expuesto anteriormente, la Neuropsi-

ciencia no se limita a evaluar e intervenir sobre los déficits cognitivos, sino también sobre la actividad y participación, que de hecho son el fin último de su intervención. También en estos ámbitos es importante destacar la necesidad de un abordaje multidisciplinar con la participación de otros profesionales de las Neurociencias, lo que no desvirtúa el carácter exclusivo de las aportaciones desde la Neuropsicología.

Finalmente, conviene ser precavidos y no caer en el error de identificar de forma reduccionista atención sanitaria con ámbito hospitalario. Dada la concepción actual de Salud, no sólo los recursos etiquetados de sanitarios tratan de paliar la privación de la salud, sino también los recursos socio-sanitarios y sociales tienen una labor ingente en la promoción de la salud. Así, en el caso de las alteraciones neurológicas, la Neuropsicología tiene potencial de actuación en estos tres tipos de recursos, dada su actuación sobre el déficit, actividad y nivel de participación.

LA RELACIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA CON OTRAS ESPECIALIDADES DE LAS NEUROCIENCIAS

Obviamente la Neuropsicología se nutre de la Psicología y desde ese marco de referencia es desde el cual se debe realizar la especialización. Pero, como ya ha sido expuesto, también precisa de la adquisición de unos conocimientos específicos, al igual que ocurre con otras especialidades dentro de la Psicología. Parte de estos conocimientos específicos son compartidos con otras disciplinas del campo de las Neurociencias, además de la propia Psicología. Los conocimientos procedentes desde la Neurología tienen una especial relevancia, ya que comparte con esta disciplina su interés por el conocimiento del cerebro y sus repercusiones sobre la conducta. Sin embargo, existen rasgos distintivos obvios entre Neuropsicología y Neurología, incluyendo la Neurología de la Conducta. El rasgo más distintivo es el enfoque epistemológico, es decir, desde dónde se aborda el estudio de las relaciones cerebro-conducta. Mientras que la Neurología centra su análisis, evaluación y tratamiento desde un enfoque biológico, la Neuropsicología lo hace a través de la conducta, fundamentalmente, a través de conocimiento de los procesos cognitivos. Se podría afirmar, que para el neurólogo el objeto de estudio es el cerebro y sus aspectos biológicos, para lo cual, en ocasiones, observa la conducta con el objetivo de realizar inferencias sobre el estado del cerebro. Por el contrario, la Neuropsicología tiene como fin último el

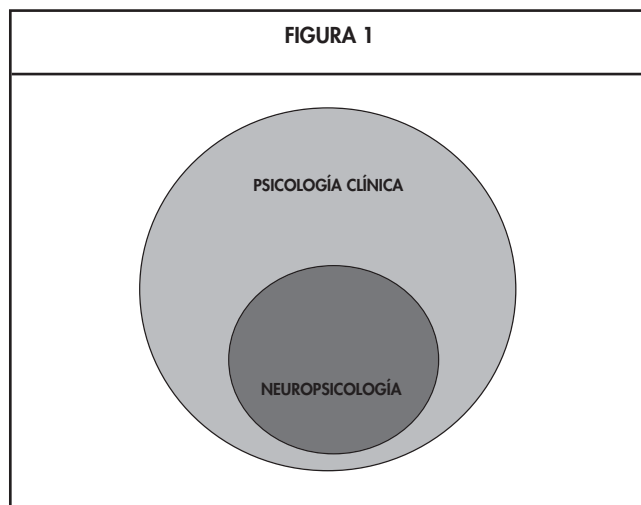
conocimiento de la conducta (cognición, conducta observable y emoción) para lo cual el conocimiento de las variables biológicas del cerebro le ayuda a formular hipótesis sobre alteraciones de los diferentes procesos cognitivos, conductuales y emocionales. De una forma simplificada, se podría decir que la Neurología mira la conducta para conocer el estado del cerebro desde una perspectiva biológica, mientras que el Neuropsicólogo mira el estado del cerebro, con el fin de predecir o conocer el estado de los procesos mentales que determinan la cognición, la conducta y la emoción. Esta diferencia epistemológica determina las diferencias metodológicas en la evaluación, diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones cerebrales y sus consecuencias. Si bien algunas de las técnicas de evaluación son compartidas, debido a la difusión de las pruebas neuropsicológicas, y a la disponibilidad de información sobre variables biológicas, las diferencias se hacen más obvias en el tratamiento. La Neurología interviene directamente sobre las variables biológicas del cerebro (medicación, neurocirugía, electroestimulación, etc.) con la esperanza de producir cambios en su estado que tengan efecto en la conducta. La Neuropsicología, en cambio, actúa directamente sobre la conducta, manteniendo la referencia del cerebro como órgano, pero manejando únicamente variables cognitivas, conductuales y emocionales. Es posible, incluso esperable, que dicha intervención produzca cambios funcionales en el cerebro, pero aun si no se producen, el fin último es lograr la mayor independencia funcional del sujeto en su entorno. En definitiva, la relación Neuropsicología-Neurología es similar a la relación Psicología Clínica-Psiquiatría.

Las Neurociencias tienen como rasgo común su interés por las relaciones entre cerebro y conducta, si bien se diferencian por el enfoque, metodología de su análisis y herramientas de trabajo. En cualquier caso, se podría hacer una distinción somera entre las que abordan el estudio de la relación cerebro-conducta (o cerebro-mente) desde el cerebro, o el SNC en su globalidad, o desde la conducta. Éstas quedarían englobadas dentro de la Psicología y sus diferentes especialidades, mientras que las que centran su análisis en las variables neurobiológicas, se encuentran en el marco de la medicina y la biología. La distinción realizada entre la Neuropsicología y la Neurología es extensible a otras especialidades de la medicina y biología. Sin embargo, es lógico plantearse qué tiene de específico la Neuropsicología frente a otras especialidades de la Psicología.

Hasta ahora se ha argumentado la necesidad del experto en Neuropsicología de dominar unos conocimientos y técnicas específicos necesarios para el desarrollo de su labor asistencial e investigadora. Cabría plantearse si esos conocimientos no están ya recogidos en otras especialidades, de tal manera que la especialidad en Neuropsicología resultara redundante y, por tanto, innecesaria. Es innegable que existe en la actualidad un debate en nuestro país sobre si la Neuropsicología debería ser una sub o súper especialidad de la Psicología Clínica. Lo que resulta curioso, es que dicho debate haya surgido como reacción a la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, un hecho que poco tiene que ver con la concepción epistemológica de la Psicología, y mucho con cuestiones de índole política, laboral y económica. La Psicología Clínica es considerada una especialidad dentro de la Psicología, que como todas ellas comparte muchos rasgos con otras las especialidades, además de elementos diferenciales. El error conceptual está en confundir la presencia de elementos comunes (relación de intersección) con la pertenencia total (relación de inclusión o continencia). Asumir que la Neuropsicología es una subespecialidad de la Psicología Clínica implica una relación de inclusión o continencia, en la que la totalidad del cuerpo de conocimientos de la Neuropsicología estaría incluido en la Psicología Clínica (Figura 1). Sin embargo, la anterior revisión de la necesidad de unos postulados teóricos, de un proceso e instrumentación de evaluación y diagnóstico, y de unas intervenciones exclusivos de la Neuropsicología, y no contempladas en los planes de estudio de la especialización clínica (PIR), hacen difícil asumir esta posibilidad. La propuesta de extender un año la residencia para obtener estos conocimientos, parece exigua en relación a las necesidades de formación del experto en Neuropsicología, y en comparación con las propuestas de países de nuestro entorno en cuanto al periodo formativo del experto en Neuropsicología (ver más adelante). Una prolongación de este periodo de formación especializada vía residencia compensaría tal déficit formativo, pero en tal caso cabría cuestionarse la necesidad de dos residencias consecutivas. Dados los tiempos que corren, conviene plantearse además cuestiones estratégicas sobre el papel de la Psicología en el ámbito Sanitario. Por un lado, en vez de luchar por una mayor demanda de Psicólogos especialistas (Clínicos, Neuropsicólogos, o de otra especialidad) la Neuropsicología como subespecialidad de la Psicología Clínica implica

pedir que se reduzca el número total de Psicólogos en el ámbito asistencial, dado que es una realidad creciente que los hospitales y centros sanitarios y socio-sanitarios demandan cada vez más Psicólogos "con perfil" o "especializados" en Neuropsicología. Así mismo, argumentar que la Neuropsicología es una parte de la Psicopatología (Psicología Clínica), supone acercarse peligrosamente a que quienes administran los recursos sanitarios consideren que dado que el psiquiatra es otro experto en Psicopatología, la Psiquiatría también posee las técnicas y conocimientos apropiados para evaluar, diagnosticar y tratar alteraciones neuropsicológicas o cognitivas.

La justificación alternativa a que la Neuropsicología sea una subdisciplina de la Psicología Clínica es considerar que comparten la mayor parte de sus conocimientos y técnicas, en una relación de casi unión (Figura 2), de tal forma que fácilmente se pueda pasar de una a otra. Si asumimos tal postulado, igual que un Psicólogo Clínico puede llegar a ser Neuropsicólogo con un año más de formación, dicho recorrido puede darse a la inversa. No parece que nadie defienda esta postura, y por otro lado, ambas especialidades tienen las suficientes necesidades formativas especializadas como para descartar este modelo. El modelo planteado tradicionalmente en la Psicología a nivel internacional, y aceptado hasta hace unos años en nuestro país, es el de una relación de intersección (Figura 3), en la que ambas especialidades (además de muchas otras) comparten conocimientos y técnicas, procedentes de su propia evidencia científica, pero también de la de otras ramas de la Psicología, pero que en su mayor parte resultan independientes. No cabe ninguna duda que el Psicólogo Clí-



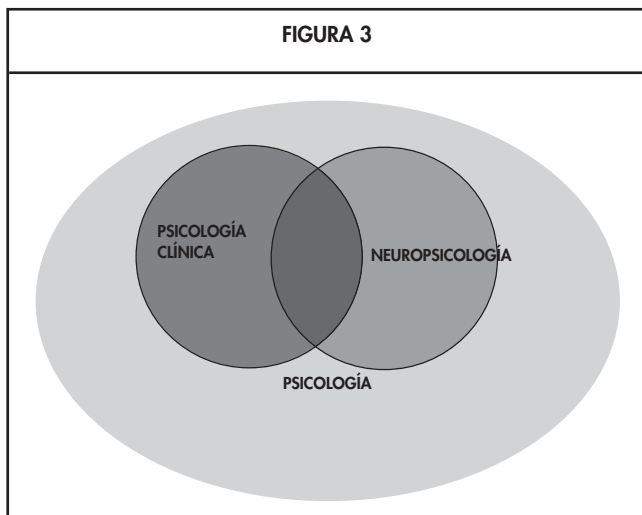
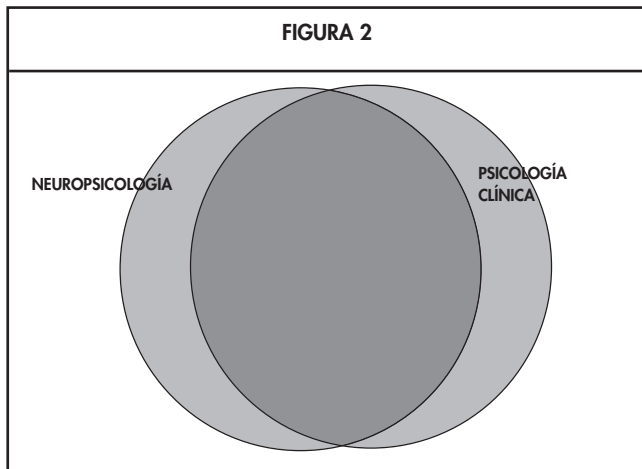
nico ha de saber detectar la presencia de alteraciones neuropsicológicas, ya que repercuten en su conducta y emoción, pero su diagnóstico preciso y posible tratamiento es responsabilidad del Neuropsicólogo. Igualmente, el Neuropsicólogo ha de ser capaz de identificar alteraciones psicopatológicas como una parte habitual de su trabajo, pero el peso en su diagnóstico diferencial y tratamiento recae sobre el Psicólogo Clínico. La consecuencia práctica, es que en la gran parte de las instituciones sanitarias, socio-sanitarias y sociales, ambos expertos han de ser integrantes de los equipos multidisciplinares, tal y como sucede a nivel internacional y en nuestro país cuando se diseñan los equipos para la atención de personas con demencia, daño cerebral, enfermedades mentales graves, trastornos del neurodesarrollo, etc. En la práctica clínica, esta colaboración sucede de hecho, con roles diferenciados, aunque con algunas tareas compartidas.

EL RECONOCIMIENTO DE LA NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA COMO ESPECIALIDAD: ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA Y OTROS PAÍSES

El desarrollo de la especialización de la Psicología es un proceso que parece impuesto por la propia sociedad. Sin embargo, el grado de reconocimiento oficial de las grandes especialidades (Psicología Clínica, Neuropsicología Clínica, Psicología Educativa, Psicología de las Organizaciones, etc.) es muy variable. En algunos países algunas de ellas están altamente estructuradas y reconocidas, en cambio, en otros aún no se han salvado las dificultades para dar oficialidad a la realidad de la práctica profesional.

La Neuropsicología Clínica (NPC) como una especialidad de la Psicología ligada al campo de las neurociencias está experimentando un crecimiento muy rápido. Algunas pruebas de ello son que la división de NPC de la Asociación Americana de Psicología es la que tiene el aumento mayor en número de miembros, la creación de centros bajo la denominación específica de neuropsicológicos (p. e. Instituto de Neuropsicología Max Planck, Centro Oliver Zangwill para la Rehabilitación Neuropsicológica), una demanda concreta de incorporación de estos especialistas en equipos de neurocientíficos clínicos y de investigación, y la creación de nuevas sociedades profesionales por todo el mundo.

La NPC está reconocida como especialidad de la psicología en muchos países, siendo los respectivos colegios oficiales de psicólogos los que regulan tanto las vías de formación, como la expedición de las acreditaciones profesionales. Durante este proceso se han producido distintos hechos significativos. Uno de ellos es el punto de inflexión en el que los organismos han establecido unos criterios para que aquellos que se habían formado y desarrollaban la actividad de la NPC hasta ese momento, pudieran optar a la acreditación. Hasta ese momento, las vías de formación se habían ido generando paralelamente al desarrollo de la propia especialidad, fundamentalmente para atender las demandas específicas de unos profesionales que se estaban enfrentando a la realidad diferenciada del campo de actuación de la NPC. Otro hecho significativo ha sido la definición, junto con las instituciones académicas, de unos criterios mínimos para la acreditación de los programas formativos (doctorado, postgrado, máster, etc.), de tal manera que se garantice que los futuros profesionales que hayan superado con éxito estos programas teóricos y prácticos, alcancen también los criterios establecidos por los cole-



gios oficiales para ser especialista en NPC. A continuación, destacamos algunos ejemplos de la actuación en esta materia de los organismos reguladores de la profesión de psicólogo en distintos países.

Las Asociaciones Americana y Canadiense de Psicología han definido un modelo para el ejercicio independiente de esta especialidad, basado en un recorrido obligatorio por tres programas formativos acreditados. El primero de ellos es un doctorado centrado en NPC que incluye las bases genéricas de la psicología y la clínica y las específicas sobre la relación cerebro-conducta y la NPC. El segundo, es el entrenamiento en NPC que completa la práctica general de la psicología y amplía los conocimientos científicos específicos de la neuropsicología, así como la práctica clínica de la Neuropsicología. El tercero, es un entrenamiento en NPC que tiene como objetivo alcanzar un nivel avanzado de competencia en la especialidad que permita desarrollar una práctica como profesional independiente. Este modelo fue consensado por un numeroso grupo de expertos y ha marcado un referente, ya que atiende suficientemente las necesidades de conocimiento y habilidades genéricas y específicas que garantizan una competencia en NPC (The Houston Conference).

La Sociedad Británica de Psicología, que tiene concedida capacidad para emitir titulaciones que permiten la práctica y la enseñanza de la psicología, acredita que un psicólogo ha alcanzado los criterios de especialista en NPC cuando ha superado 3 programas de formación acreditados por la propia sociedad: grado universitario, postgrado en psicología y máster en neuropsicología (The British Psychological Society).

En Alemania, la Sociedad de Neuropsicología tras un periodo de acreditación de profesionales (grado universitario, 3 años de experiencia profesional en una institución acreditada o con supervisión especializada, documentación de diez casos de diferentes patologías neuropsicológicas y 1.000 horas de formación teórica de postgrado) (Preilowski, 1997), se pasó a un proceso de acreditación de programas de postgrado, siguiendo un modelo que incluye la formación clínica general y la específica en NPC y que permite que esta especialidad tenga una cobertura específica en el sistema alemán de salud.

El desarrollo de la especialización de la NPC dentro de la Psicología en España ha seguido el curso de otros países hasta alcanzar el momento en el que es necesaria la acreditación de los profesionales especialistas en NPC y

de las vías formativas. De esta forma, se garantiza que el profesional que atiende las necesidades de la sociedad en materia de Neuropsicología tiene la competencia necesaria que exige esta especialidad. Al igual que en los países citados, la responsabilidad recae sobre el Colegio Oficial de Psicólogos (COP), pero a diferencia de otros, el proceso se ha puesto en marcha en varios colegios regionales. El primero en 2006 en Cataluña, y el segundo, en Madrid en 2008. En ambos, los criterios son básicamente iguales: licenciatura en psicología y postgrado específico en neuropsicología con un mínimo de 320 horas teóricas y 2400 prácticas. Como alternativa a este segundo criterio, los solicitantes podrán demostrar una experiencia profesional mínima de 4.000 horas dedicadas a la NPC (esta alternativa en Cataluña es excepcional para los profesionales de formados antes de 1999).

Como apoyo a este proceso de especialización existe la Federación de Asociaciones de Neuropsicología Españolas (FANPSE) constituida por 10 sociedades regionales y con objetivos tanto de tipo científico como profesional. El elevado número de profesionales que forman parte de esta federación indica que aunque, España se encuentre en el proceso de reconocimiento de esta especialidad, el desarrollo profesional de la NPC en distintos contextos sociosanitarios es alto. La federación cuenta con una comisión que trabajará con el COP para el estudio de criterios de acreditación nacional. En este momento el reconocimiento de la especialización en NPC en nuestro país es un movimiento con apoyos desde varios frentes, entre los que contamos con la pertenencia a la Federación Europea de Sociedades de Neuropsicología, creada en 2007 y que pretende aunar esfuerzos y acercar las distintas realidades y procesos que se están dando en nuestro entorno.

CONCLUSIONES

A lo largo del artículo se han destacado razones epistemológicas, clínicas y otras que tienen que ver con la estrategia de posicionamiento de la Psicología dentro de las profesiones sanitarias, que respaldan la consideración de la Neuropsicología Clínica como una especialidad epistemológica y asistencial interrelacionada con otras especialidades de la Psicología. La pretensión última de los autores es la de plantear el debate de esta especialización de manera abierta, y atendiendo en primer lugar a razones de la demanda de la sociedad y de la estructuración de la Psicología en especialidades

clínicas y de carácter básico, manteniendo en un segundo plano cuestiones de índole política, económica y laboral. No pensamos que se hayan de ignorar estas cuestiones, pero sí que la Psicología ha de afrontar el debate sin ánimo reduccionista, ni de conflicto, sino como una oportunidad de penetrar en la sociedad con los máximos estándares posibles de calidad asistencial. Con este ánimo, los autores son de la opinión de que el reconocimiento de la especialidad de Neuropsicología Clínica sólo puede traer consigo una mayor calidad asistencial y una mayor presencia en los recursos asistenciales, sin perjuicio para otras especialidades de la Psicología. Al final, el incremento de la demanda de psicólogos va a depender de lo que nosotros psicólogos, como profesionales de diferentes ámbitos, ofertemos cada vez servicios más eficaces.

Finalmente, no nos gustaría dejar pasar la oportunidad de señalar que existe ya en nuestro país un amplio cuerpo de profesionales especializados en Neuropsicología (con o sin reconocimiento oficial) que prestan dicho servicios, y cuya intención es la de colaborar con otras especialidades de la Psicología, para el beneficio de la misma en su conjunto. Muchos de ellos, además, trabajan por la difusión y reconocimiento de esta profesión a través de sociedades científicas regionales, coordinadas a través de la FANPSE (www.fanpse.org).

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer la amable colaboración del Dr. Miguel Pérez García en la revisión del presente artículo.

REFERENCIAS

- Halligan, P.W. y Wade, .DT. (2005) *Effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits*. Oxford: Oxford University Press.
- OMS. (2001) *The International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Génova: Organización Mundial de la Salud.
- Preilowski, B. (1997) Establishing Clinical Neuropsychology in Germany Scientific, Professional, Political, and Legal Issues. *Neuropsychology Review*, 7(4): 187-199.
- Acreditación de Psicólogo Experto en Neuropsicología Clínica en el COP Cataluña: <http://www.copc.org/images/chico/neuropsicologia.pdf>
- Acreditación de Psicólogo Especialista en Neuropsicología Clínica en el COP Madrid: <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do>
- The British Psychological Society: <http://www.bps.org.uk/careers/areas/neuropsychology.cfm>
- The Houston Conference on specialty education and training in clinical neuropsychology: www.theaacn.org/position_papers/Houston_Conference.pdf.

FUNCIONES Y FORMACIÓN DEL NEUROPSICÓLOGO CLÍNICO: UNA PROPUESTA

THE FUNCTIONS AND TRAINING OF A CLINICAL NEUROPSYCHOLOGIST: A PROPOSAL

José Ignacio Quemada* y Enrique Echeburúa**

* Servicio de Daño Cerebral. Hospital Aita Menni. Bilbao. ** Facultad de Psicología.
Universidad del País Vasco. San Sebastián

En este trabajo se realiza una reflexión personal sobre las funciones y el contenido formativo de la especialidad de la neuropsicología clínica. Se detallan las funciones requeridas en el ámbito de la evaluación, del tratamiento, del apoyo familiar y de la gestión. Asimismo se presentan algunas ideas en cuanto a la formación requerida para su debate y crítica desde la experiencia docente, investigadora y clínica de los autores.

Palabras clave: Funciones de la neuropsicología clínica. Formación de los neuropsicólogos.

The functions of a clinical neuropsychologist and the syllabus of a specialized training in clinical neuropsychology are discussed in this paper. Assessment, rehabilitation, work with families and team management are some of the areas covered. The authors propose a training framework for clinical neuropsychologists based on their experience in teaching, neurorrehabilitation and research in clinical psychology.

Keywords: Functions of Clinical Neuropsychologist. Syllabus of Clinical Neuropsychology.

La neuropsicología ejerce una cierta fascinación entre muchos estudiantes de psicología, así como entre los psicólogos que están cursando la especialidad de psicología clínica. Más allá de su utilidad práctica, lo que suscita una gran atracción es el campo de estudio (los correlatos biológicos de las funciones psicológicas básicas) y el área de frontera con la medicina, en concreto con la neurología y con las pruebas diagnósticas de reciente desarrollo (exploraciones por neuroimagen estructural o funcional).

El concepto y el alcance profesional de la neuropsicología, así como la formación necesaria para convertirse en especialista en esta disciplina, son actualmente objeto de debate. La neuropsicología se ocupa del estudio del sustrato biológico del desarrollo cognitivo y de los procesos psicológicos básicos, tales como, entre otros, la atención, la memoria, la conciencia, el aprendizaje verbal y no verbal, el pensamiento y el lenguaje. Se trata, por tanto, de una disciplina teórica y descriptiva que se entronca con los ámbitos de estudio de la psicología básica y de la psicobiología.

A su vez, la neuropsicología clínica tiene como objetivo identificar los déficits cognitivos y sus efectos en la vida diaria de los pacientes con discapacidad neurológica, diseñar instrumentos adecuados de exploración neuropsi-

cológica y establecer un plan de rehabilitación consecuente con los hallazgos obtenidos. En este sentido la neuropsicología clínica se relaciona más directamente con la psicología clínica.

El marco de actuación de la neuropsicología clínica puede estrecharse o ampliarse tanto en lo referente a la población diana como en lo referente a la fase en la que se interviene. Por ejemplo, en un marco amplio se puede hablar de *atención a personas con discapacidad neurológica* y contemplar la intervención con demencias, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, parálisis cerebral y traumatismos craneo-encefálicos (TCE); se incluiría tanto la intervención rehabilitadora como la atención a los problemas derivados de la cronicidad y, por lo tanto, todo lo referente a la atención en los Servicios Sociales. En un marco más circunscrito podemos hablar de las habilidades requeridas por el neuropsicólogo que forma parte de los equipos multidisciplinares de rehabilitación de personas con daño cerebral adquirido (TCE e ictus fundamentalmente). Las reflexiones planteadas en este artículo se ciñen, fundamentalmente, a este segundo marco.

En ocasiones se cae en el reduccionismo de limitar la labor del neuropsicólogo a la evaluación psicométrica de un abanico de procesos cognitivos, especialmente la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, ya que son los procesos que cuentan con un mayor arsenal de instrumentos psicométricos (Muñoz Céspedes y Tirapu, 2001). Sin embargo, en un Servicio de Rehabilitación de

Correspondencia: Enrique Echeburúa. Facultad de Psicología.
Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián. España.
E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

personas con daño cerebral, la rehabilitación neuropsicológica se entiende de una forma más compleja. Por un lado, resulta imprescindible incorporar formas de intervención sobre los problemas detectados; y, por otro, los dominios del psiquismo sobre los que se trabaja desbordan la definición de lo puramente cognitivo (Pelegrín, Muñoz Céspedes y Quemada, 1997) ya que han de incorporar lo volitivo, lo emocional y la conducta como resultado final.

En síntesis, la neuropsicología es una disciplina básica mientras que la neuropsicología clínica es una disciplina aplicada a las personas con una discapacidad neurológica. Las funciones del neuropsicólogo clínico abarcan la evaluación y la rehabilitación, sin que ésta pueda limitarse exclusivamente al ámbito cognitivo.

El objetivo de este artículo es plantear una reflexión personal, decantada a partir de nuestra experiencia docente, investigadora y clínica, sobre la neuropsicología como disciplina científica, sobre la formación del neuropsicólogo y sobre su conexión con las necesidades profesionales y con las expectativas de la sociedad. Estos puntos de vista constituyen, como no puede ser de otra manera, nuestra forma personal de ver las cosas. No se trata de un planteamiento cerrado -ni siquiera de una propuesta sistematizada-, sino de unas reflexiones abiertas al hilo de los temas que nos preocupan en nuestro quehacer cotidiano.

FUNCIONES DEL NEUROPSICÓLOGO CLÍNICO

Desde el punto de vista de la evaluación, el neuropsicólogo clínico debe utilizar pruebas de *screening* e instrumentos diagnósticos para detectar y evaluar, respectivamente, los déficits cognitivos presentados por el paciente. Una batería neuropsicológica adecuada debe componerse de una serie de tests validados, fiables, estandarizados y con unas medidas normalizadas que sirvan para identificar y cuantificar los cambios cognitivos derivados de las disfunciones cerebrales (Junqué, 2006; Lezak, Howieson y Loring, 2004). Aunque algunos autores preconizan el uso de una única batería que valore todo el espectro de lo cognitivo, con frecuencia resulta más eficiente escoger, de entre un abanico de pruebas disponibles, aquéllas que valoren los problemas más evidentes y que se ajusten al propósito de la evaluación.

Las pruebas diagnósticas deben ser efectivas (dar información relevante para la intervención posterior), pero también eficientes, es decir, dar la máxima información significativa al menor coste posible de tiempo y con el

menor número de molestias para el paciente. La eficiencia debe estar en relación con las posibilidades de intervención posterior. No siempre está clara la utilidad de pruebas diagnósticas complejas que consumen mucho tiempo y que no ofrecen pistas claras para trazar un programa terapéutico adecuado.

Pero es que, además, la información obtenida de estas pruebas va a resultar insuficiente a la hora de proponer un plan de intervención o de rehabilitación neuropsicológica. El ámbito clínico exige que el neuropsicólogo contemple otras cuatro áreas además de la cognitiva. Serían así 3C y 2F: **C**ognición, **C**onciencia, **C**onducta, **F**uncionalidad y **F**amilia. Es más, se establecen entre ellas relaciones de jerarquía o de prioridad que es necesario tener en cuenta si se aspira a una intervención eficaz y sensata. Por ejemplo, la intervención sobre las alteraciones emocionales, adaptativas o de conducta graves es habitualmente prioritaria ya que resultan muy perturbadoras para la convivencia e impiden cualquier otro tipo de trabajo rehabilitador. De igual manera, las alteraciones de conciencia han de ser reconocidas de forma temprana para poner en marcha estrategias que faciliten la colaboración del paciente. La valoración de la autonomía en las actividades de la vida diaria obliga al terapeuta a adoptar una perspectiva ecológica y que tenga un sentido práctico para el paciente y sus familiares. A continuación se describen estos ámbitos de intervención con algo más de detalle, y se añade una reflexión en torno al papel del (neuro)psicólogo en la gestión de equipos.

a) El manejo de las alteraciones emocionales y de conducta

La presencia de agresividad, de negativismo y de conductas socialmente inadecuadas, o la propia apatía, son frecuentes en personas con daño cerebral. De hecho, constituyen un grave obstáculo para la reinserción social y, por lo tanto, son dianas preferentes de cualquier programa de rehabilitación (Quemada, Sánchez Cubillo y Marín Ojeda, 2006).

La persistencia en el tiempo de las alteraciones conductuales tiene graves consecuencias para la integración social de la persona, para el bienestar de la familia (Gleckman y Brill, 1995) y para la aplicación consistente de los programas de rehabilitación (Harmsen, Geurst, Fasotti y Bevaart, 2004). Además, sin tratamiento, estas alteraciones tienden a la cronicidad y al aumento de la severidad (Johnson y Balleny, 1996), lo que supone un riesgo de institucionalización psiquiátrica (Gloag, 1985).

Sin embargo, las técnicas de rehabilitación física y logopédica están más universalmente implantadas en las Unidades de Rehabilitación de traumatismos cráneo-encefálicos que las estrategias de tratamiento no farmacológico de las alteraciones de conducta.

Por ello, el neuropsicólogo clínico debe incluir esta área en su *screening* evaluador y desarrollar estrategias de tratamiento adecuadas. El análisis de la conducta incluye observaciones detalladas de la forma que toma la alteración, de sus antecedentes y de los consecuentes. La intervención requiere de una sólida formación en terapia cognitivo-conductual, con programas que aborden tanto los refuerzos/castigos y las distorsiones cognitivas, como las condiciones ambientales o personales que predisponen a la aparición de las conductas no deseadas. Los problemas derivados de la apatía requieren de una planificación de la actividad que ha de ser acordada con el paciente y/o con su familia y monitorizada desde controladores externos.

Por otra parte, no todos los pacientes tienen el mismo nivel de gravedad ni el mismo tipo de alteración. Así, hay pacientes menos graves que manifiestan ansiedad y sufrimiento por los déficits mostrados y por el futuro o que se muestran deprimidos ante la conciencia de una nueva situación que, en cierto modo, es ya irreversible y que supone una ruptura con la vida anterior. Estas alteraciones emocionales (ansiedad, ira y depresión) pueden requerir un tratamiento distinto al de los trastornos emocionales y de conducta de pacientes muy severos.

b) Cognición, conciencia y funcionalidad

La recuperación de autonomía en las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, constituye uno de los objetivos centrales de cualquier programa de rehabilitación. Pueden abordarse desde la autonomía en la higiene o en el vestido, hasta la capacidad para impartir una clase si el paciente es un profesor, o la capacidad de emitir una sentencia en el caso de un juez. La pérdida de autonomía puede ser consecuencia de diversos tipos de déficits. Aquí nos centramos en las pérdidas mediadas por los déficits en el funcionamiento psíquico.

Con arreglo a lo expuesto en el párrafo anterior, en rehabilitación interesa una evaluación paralela de la pérdida de funcionalidad y de los procesos cognitivos, emocionales y volitivos. Estos tres últimos nos darán claves del porqué de la pérdida de funcionalidad y nos iluminarán acerca del cómo intervenir. Además, el

conocimiento disponible acerca de las posibilidades de restauración de los procesos cognitivos (en general limitada) nos orientará más o menos en el sentido de tratar de entrenar procesos *per se* o de focalizar los esfuerzos en implementar cambios ambientales y/o ayudas externas y de procedimiento que faciliten el éxito en las tareas. Estas últimas estrategias se conocen con el término de *compensación de función* y suelen tener más recorrido que las puramente restauradoras.

La rehabilitación demanda la participación activa de la persona objeto de atención. Dicha participación requiere de su implicación, y ésta no se consigue si no existe conciencia del tipo de problema existente. La conciencia es probablemente un conjunto heterogéneo de procesos psíquicos que pueden fraccionarse de diversas maneras. Una forma sencilla lo divide de acuerdo al dominio que se ve afectado: lenguaje, visión, espacio exterior, propio cuerpo, capacidad de movimiento, destreza cognitiva, habilidades sociales. De este modo, podemos encontrar personas con negligencia espacial, ceguera cortical, afasia de Broca sin conciencia, hemiplejía con anosognosia o ausencia de reconocimiento de un cambio de personalidad (Quemada, Sánchez Cubillo y Muñoz Céspedes, 2007).

Por otro lado, puede organizarse la conciencia de acuerdo con la "*profundidad o persistencia*" de la información que ha de estar presente para organizar la conducta. Así, para tener "*conciencia de una carencia*" se necesita conocimiento de la pérdida de una capacidad, pero además se ha de tener una resonancia afectiva, es decir, le ha de "*importar*" al paciente que dicha carencia dé lugar a consecuencias conductuales. Por último, tanto el conocimiento como la respuesta afectiva han de persistir en el tiempo y ser incorporados a la planificación vital, ya que de otra manera es un conocimiento inútil para las cuestiones de la vida real.

El análisis de estas cuestiones, la planificación de la rehabilitación de la conciencia o su reconocimiento y la decisión de no intervenir (en aquellos casos en los que se decide que sólo va a aportar sufrimiento) requieren de la participación de un experto en procesos psíquicos. Neuropsicólogos clínicos y psiquiatras han de situarse en la primera línea de esta reflexión.

c) La atención a las familias de personas con daño cerebral

La lesión cerebral viene a alterar de forma definitiva el equilibrio del sistema familiar. Las personas allegadas

han de afrontar una situación extraordinariamente dolorosa, para la que nadie les ha preparado y que reta su capacidad de adaptación y afrontamiento. De forma didáctica, y por lo tanto reduccionista, las necesidades que plantean las familias se estructuran en torno a tres conceptos: necesidad de *información*, necesidad de *entrenamiento en el manejo de nuevas habilidades* y necesidad de *adaptación psicológica a un cambio brusco* ante el que no es posible mostrarse indiferente. El neuropsicólogo clínico está llamado a intervenir en todas estas tareas, como protagonista o como coordinador de las intervenciones.

La *información* se requiere en todas las fases, si bien la naturaleza de la misma va cambiando. En un inicio se trata de información sobre la severidad de la lesión, el riesgo vital y las decisiones médicas que han de adoptarse; posteriormente, se ha de informar sobre las secuelas y opciones de rehabilitación; y por último, la información ha de centrarse en los recursos sociales y en las cuestiones legales relativas a la capacidad laboral, civil o al derecho de compensación económica (Quemada, Ormaechea y Muñoz Céspedes, 2003).

El *entrenamiento en el manejo de nuevas habilidades* cobra máximo protagonismo durante la fase de rehabilitación. Los familiares han de aprender a pasar a su ser querido de la silla de ruedas al coche, a la cama o al baño; a dar el alimento con una consistencia determinada para evitar atragantamientos; a comunicarse teniendo en cuenta los problemas afásicos; o a responder ante algunas conductas evitando refuerzos inadecuados o premiando las conductas adaptativas. Cada uno de los terapeutas implicados ha de desarrollar habilidades didácticas y de comunicación.

Por último, se trata de facilitar la *adaptación psicológica a la nueva situación*. El camino que seguimos las personas hasta la aceptación y adaptación a una realidad tan complicada es largo y está plagado de negación, proyección, hostilidad, ofuscamiento y dolor. El neuropsicólogo, junto a otros miembros cualificados y experimentados, ha de acompañar y, si se puede, facilitar los procesos de duelo y de reencuentro con la vida. Es especialmente importante evitar los abandonos de otros miembros vulnerables de las familias (hijos, por ejemplo) en el contexto de un cuidado ininterrumpido de la persona con daño cerebral. Este tipo de trabajo requiere de formación psicoterapéutica, así como de experiencia vital y clínica. La supervisión externa puede resultar aquí de gran ayuda.

d) Otras funciones: la gestión de equipos y servicios

El trabajo en equipos multidisciplinares requiere de unas aptitudes de comunicación, participación, valoración positiva del trabajo del otro y búsqueda de consensos que resultan indispensables. Aunque en gran medida estas capacidades vienen determinadas por la personalidad, no es menos cierto que las dinámicas pueden comprenderse y favorecerse, siendo el neuropsicólogo uno de los profesionales de los que se espera mayor sensibilidad y cualificación.

Además, la utilización regular de las técnicas conductuales en la rehabilitación de los pacientes requiere de un equipo entrenado en su aplicación. Los principios terapéuticos no son sólo competencia del neuropsicólogo, sino que han de impregnar la actuación de todo el equipo (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, logopedas, etcétera) y pasar a formar parte de un saber hacer común. Resulta de vital importancia para el éxito de los programas que las personas involucradas en los mismos, ya sea el personal sanitario o los familiares del paciente, comprendan los programas y su papel en la aplicación de los mismos.

Asimismo el equipo multidisciplinar puede desempeñar un papel fundamental en la higiene mental de los profesionales que trabajan con casos difíciles. En concreto, discutir los casos complejos con el resto del equipo, asumir las propias limitaciones y establecer una cohesión grupal adecuada desempeñan un papel profiláctico en la prevención del *síndrome del quemado*.

Por último, y como profesional con la máxima cualificación, el neuropsicólogo puede estar llamado a ser líder o responsable de los servicios. Por ello, ha de estar preparado no sólo para resolver conflictos interpersonales, sino también para gestionar dimensiones económicas y administrativas de los servicios.

FORMACIÓN DEL NEUROPSICÓLOGO CLÍNICO

La neuropsicología clínica es presentada, en ocasiones, como la disciplina que estudia la correlación entre imágenes de cerebros con algún tipo de lesión y resultados de tests que valoran procesos cognitivos muy bien definidos. Ambas técnicas han contribuido sin lugar a dudas al progreso del conocimiento de la relación entre cerebro y conducta. Sin embargo, las imágenes, por un lado, y las mediciones cuantitativas, por otro, confieren al discurso una validez aparente exagerada. Ni los procesos cognitivos están asentados en modelos muy contrastados, ni la neuroimagen disponible agota las posibilidades descriptivas de la estructura y función cerebral.

Por otro lado, pacientes y familiares pueden derivar una satisfacción transitoria de ser abrumados con conceptos, imágenes y datos; pero sus demandas persistentes se centran en la recuperación de las capacidades cognitivas y relacionales que les permitan retornar a sus roles socio-familiares previos. Y si tal objetivo no es posible, nos vemos confrontados con la necesidad de ayudar al sujeto y a su familia a afrontar un difícil camino de lucha por la máxima funcionalidad posible, así como de adaptación a la discapacidad.

La labor del neuropsicólogo clínico no puede limitarse, por tanto, a la mera evaluación de las funciones cognitivas en pacientes con una discapacidad neurológica, sino que esta función evaluadora ha de estar estrechamente ligada a la rehabilitación. A su vez, la intervención va más allá de la actuación sobre los déficits cognitivos y debe extenderse a las alteraciones emocionales y a los trastornos de conducta, así como al apoyo de las familias afectadas y a la gestión de los equipos.

Esta complejización de las tareas exige que la neuropsicología clínica esté directamente vinculada a la psicología clínica; esta última ya contempla entre sus contenidos formativos los abordajes de las alteraciones de la conducta, la psicología médica y el trabajo con sistemas familiares. Es por ello que en este artículo se apuesta por enriquecer los programas ya oficiales, y no tanto por comenzar a diseñar programas "ex novo", a sabiendas de que una parte de los mismos resultaría redundante con los programas de formación en psicología clínica.

La especialidad de psicología clínica (el sistema PIR) -la única vía legalmente reconocida para la formación y capacitación de psicólogos especialistas en psicología clínica- cuenta actualmente con una estructura trianual. Esta duración resulta insuficiente para adquirir una capacitación específica y hacer frente a los múltiples ámbitos (psicología hospitalaria, unidades de rehabilitación, psicología forense, etcétera), edades (psicología clínica infantil, centros geriátricos) y contenidos (neuropsicología, psicoterapia, adicciones, trastornos de la conducta alimentaria, etcétera) que abarca la psicología clínica actual. De hecho, la psicología clínica es, junto con la referida a la de los radiofísicos, la única especialidad en ciencias de la salud para licenciados con una duración de 3 años, ya que el resto duran entre 4 y 5 años.

En el actual programa formativo de 3 años los PIR pueden disponer, por ejemplo, de estancias extraordinariamente breves (de 3 meses como máximo) en unidades o programas de hospitalización, de interconsulta (psicología

de la salud) o de rehabilitación de enfermos crónicos, así como de estancias máximas de 6 meses en unidades de atención a la infancia y la adolescencia. Además, estas carencias temporales obligan en muchos casos a prolongar los tiempos de rotación por dispositivos tan cruciales como los mencionados, lo que impide, a su vez, que el futuro especialista pueda dedicar un tiempo mínimo a rotaciones en áreas de especial interés, tales como la psicoterapia, las adicciones, la psicología forense o la propia neuropsicología (Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, 2008).

Por ello, una alternativa razonable es considerar la neuropsicología clínica como un área de capacitación específica, de 1 año de duración, que se podría cursar, al mismo nivel que otras (psicología clínica infantil, psicoterapia, etcétera), después de haber completado la formación general en psicología clínica (3 años). Las áreas de capacitación específica están reguladas en los artículos 24 y 25 de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) (BOE, 22.11.2003), pero, por lo que a la psicología clínica se refiere, están aún sin desarrollar. Es decir, no se trata de pedir "un año más" de formación, sino de plantear una formación cualificada teórico-práctica exclusivamente en neuropsicología clínica, supervisada por especialistas, a personas que ya están formadas como psicólogos clínicos.

Por último, pueden aducirse razones de carácter muy pragmático que aconsejan que los profesionales de la neuropsicología clínica atesoren capacidades clínicas y gestoras; es muy improbable que los Servicios de Rehabilitación se planteen contratar psicólogos clínicos, por un lado, y neuropsicólogos, por otro, ya que esto sería ineficiente y complicaría innecesariamente la coordinación de los equipos.

CONCLUSIONES

El elevado grado de accidentabilidad (doméstica, de coches, laboral, deportiva, etcétera) y el incremento de supervivencia tras los ictus llevan consigo una importancia creciente del daño cerebral adquirido y, en consecuencia, un aumento en la demanda de los Servicios de Rehabilitación.

Los neuropsicólogos clínicos pueden llevar a cabo su trabajo en distintos entornos asistenciales (hospitales, ambulatorios, centros de día, etcétera) y abarcar distintas áreas de actuación (restauración cognitiva, funcionalidad, compensación, diseño de entornos, cambio de conductas y de emociones, apoyo a las familias, coordi-

nación grupal, etcétera). El papel del neuropsicólogo, junto con los fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales y los logopedas (según los problemas planteados), es fundamental en la rehabilitación (ambulatoria u hospitalaria) y en los centros de día.

El trabajo en equipo es un requisito fundamental en el quehacer profesional del neuropsicólogo. La rehabilitación de pacientes con discapacidad neurológica requiere de un trabajo en diversos frentes (paciente y familia fundamentalmente) y con diferentes profesionales (neuropsicólogos, psiquiatras, logopedas, fisioterapeutas, etcétera), lo que obliga a adoptar un enfoque operativo y un lenguaje común, a ser flexibles, a tener unas habilidades de comunicación, a marcarse unos objetivos concretos y a contar con un modelo integrador de salud, así como a potenciar habilidades sociales adecuadas (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2005).

La formación del neuropsicólogo clínico incluye aspectos específicos tales como ciencia cognitiva, tests neuropsicológicos y neuroimagen. Pero también comparte con la psicología clínica un manejo fluido de las técnicas conductuales, de las habilidades de trabajo con las familias y un conocimiento de abordajes psicoterapéuticos de utilidad en el trabajo con personas con discapacidad. Por último, tanto la gestión de equipos como la gestión de Servicios son habilidades que aumentarán la versatilidad y el atractivo profesional de los neuropsicólogos.

Así, la neuropsicología debe considerarse como un área de capacitación específica de la psicología clínica. Ello requiere que la especialidad de la psicología clínica se amplíe a 4 años y que en el último año pueda elegirse la neuropsicología como área de capacitación, lo que implicaría el aprendizaje específico de esta disciplina durante 1 año a través de la práctica supervisada en centros especializados.

Por último, la propuesta presentada en este trabajo nace meramente como una reflexión de los autores fundada en los argumentos expuestos. Lejos de ser una propuesta cerrada, tiene como objetivo ofrecer una plataforma de reflexión, así como aportar unos argumentos sólidos de tipo teórico-práctico a un debate que está abierto y que requiere una toma de decisiones respecto a la formación y al papel desempeñado por el neuropsicólogo clínico.

REFERENCIAS

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (2008). *Planteamiento de la AEPCP sobre las pro-*

puestas de formación sanitaria para psicólogos y sobre la formación especializada en psicología clínica. Documento de trabajo.

- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2005). Reflexiones ante la formación de los psicólogos. Retos de futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 175-188.
- Gleckman, A.D. y Brill, S. (1995). The impact of brain injury on family functioning: implications for subacute rehabilitation programmes. *Brain Injury*, 9, 385-393.
- Gloag, D. (1985). Needs and opportunities in rehabilitation. Rehabilitation after brain injury: Behaviour and emotional problems, long-term needs and the requirements for services. *British Medical Journal*, 290, 913-916.
- Harmsen, M., Geurst, A.C., Fasotti, L. y Bevaart, B.J. (2004). Positive behavioural disturbances in the rehabilitation phase after severe traumatic brain injury: An historic cohort study. *Brain Injury*, 18, 787-796.
- Johnson, R. y Balleny, H. (1996). Behavioural problems after brain injury: Incidence and need for treatment. *Clinical Rehabilitation*, 10, 173-181.
- Junqué, C. (2006). Métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría (III): Tests neuropsicológicos. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (6ª edic.)* (págs. 111-117), Barcelona: Elsevier-Masson.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B. y Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Muñoz Céspedes, J. M. y Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Pelegrín, C., Muñoz Céspedes, J.M. y Quemada, J.I. (1997). *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático*. Barcelona: Prous Science.
- Quemada, J.I., Hormaechea, J.A. y Muñoz Céspedes, J.M. (2003). La peritación psiquiátrica y neuropsicológica del daño cerebral traumático y la Ley 30/95. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 353-360.
- Quemada, J.I., Sánchez Cubillo, I. y Marín Ojeda, J.I. (2006). Trastornos cognitivos, conductuales y emocionales en el daño cerebral adquirido. En *Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física* (págs. 591-596). Buenos Aires, Madrid: Panamericana.
- Quemada, J.I., Sánchez Cubillo, I. y Muñoz Céspedes, J.M. (2007). El Trastorno Orgánico de la Personalidad: análisis conceptual y estrategias para la investigación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 115-121.

ESTRÉS ACULTURATIVO Y SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

ACCULTURATIVE STRESS AND MENTAL HEALTH IN THE INMIGRANT POPULATION

Francisco Collazos^{***}, Adil Qureshi^{**}, Montserrat Antonín^{**} y Joaquín Tomás-Sábado^{***}

^{*}Programa de Psiquiatría Transcultural, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.
^{**}Departamento de Psiquiatría, Universitat Autònoma de Barcelona. ^{***}Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, Universitat Autònoma de Barcelona

El incremento en la inmigración observado en España en los últimos años ha abierto un debate sobre la relación entre el proceso migratorio y el desarrollo de ciertos problemas psicopatológicos. Estudios realizados en Europa y Estados Unidos han mostrado resultados contradictorios; no queda claro si existe una relación directa entre la inmigración y la psicopatología. Cada vez se cuestiona más la existencia de este tipo de relación, aunque se reconoce que el proceso migratorio, la cultura y la pertenencia a un grupo minoritario influyen sobre la salud mental. El estrés relacionado con la inmigración, las diferencias culturales y la discriminación percibida son considerados factores de riesgo. Este artículo examina las relaciones entre psicopatología e inmigración, incidiendo, especialmente, sobre el concepto de "estrés aculturativo" y sus factores moderadores.

Palabras clave: Estrés aculturativo. Inmigración. Salud mental

The phenomenal increase in immigration seen in Spain over the past few years has opened up the debate concerning the relationship between immigration and psychopathology. A large number of studies in Europe and North America have shown contradictory findings; it remains unclear if there is a clear relationship between immigration and psychopathology. Increasingly, a direct relationship between immigration and the appearance of a mental disorder is questioned, although it is recognized that the migratory process, culture, minority group membership impact mental health. Stress related to immigration, cultural difference, and perceived discrimination are recognized as risk factors. This article examines the relationship between psychopathology and immigration, with a focus on acculturative stress and its moderating factors.

Keywords: Acculturative stress. Immigration. Mental Health

A principios de 2008 se estima que el 10% de los 45 millones de personas que residen en España son extranjeras. Se espera que este porcentaje experimente una progresiva tendencia al alza, hasta alcanzar en pocos años el 25%. Este importante incremento de la inmigración experimentado en España a lo largo de los últimos años plantea una gran cantidad de desafíos, entre ellos los relacionados con la asistencia en salud mental a estas personas.

En este sentido, los profesionales de la salud mental se preguntan si existe alguna relación entre el proceso migratorio y el posterior desarrollo de psicopatología (Achoategui, 2002; Collazos, Qureshi, y Casas, 2005; García-Campayo y Carillo, 2002). En realidad, esta cuestión ha sido un motivo de interés desde hace más de un siglo (Bhugra, 2004). Con el ánimo de esclarecer esta posible relación se han llevado a cabo numerosos estudios con resultados muy contradictorios. En un principio

se dio por hecha la asociación entre la migración y la aparición de trastornos psiquiátricos (Ritsner y cols., 1996; Watters, 2002), sin embargo, más tarde, gracias a estudios metodológicamente más adecuados, se cuestionó esta conclusión, sugiriendo que, en realidad, se trataba de una correlación espuria, resultado de problemas metodológicos o, incluso, de otros factores moderadores (Bhui y Bhugra, 2002; Farley, Galves, Dickinson, y Diaz Perez, 2005; Kirmayer y Groleau, 2001). Hoy día prefiere decirse que la migración no siempre se relaciona con la aparición de trastornos psiquiátricos, e incluso es cuestionable que deba considerarse un factor de riesgo que, en función de su intensidad y de la vulnerabilidad del emigrante, puede facilitar la aparición de psicopatología (Bhugra, 2004b; Collazos y cols., 2005).

La inconsistencia de los hallazgos referentes a la relación entre inmigración y psicopatología parece estar relacionada con la escasa precisión con la que se emplean diversos términos relativos a la diferencia como: raza, cultura, etnicidad, inmigrante, minoría, etc. (Helms y Cook, 1999). La falta de rigor con la que se utilizan unos términos en lugar de otros, según sea la perspectiva ide-

Correspondencia: Francisco Collazos. Programa de Psiquiatría Transcultural. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Pg. Vall d'Hebron 119-129. 08035 Barcelona. España. E-mail: fcollazos@vhebron.net

ológica desde la que se opina, podría ser la razón por la que, en muchas ocasiones, estos factores se confunden y llevan a los investigadores a conclusiones contradictorias (Bhugra y Mastrogianni, 2004).

La escasez de estudios epidemiológicos actualizados y bien diseñados en los países de origen complica la realización de un análisis correcto del antes y el después de la migración que permita asegurar en qué grado los problemas actuales de salud mental han aparecido "de novo" o eran premórbidos. La investigación resulta frecuentemente contradictoria, mostrando, por ejemplo, que ciertas poblaciones de inmigrantes tienen tasas más bajas o más altas de un trastorno mental en concreto respecto a los miembros del grupo mayoritario. De hecho, la combinación de todos estos problemas delata hasta qué punto este campo está todavía en una fase muy inicial y presenta, en muchos aspectos, serias deficiencias (Bhugra, 2004; Collazos y cols., 2005). Con ello no se pretende cuestionar la pertinencia de la investigación, sino, simplemente, señalar el grado de complejidad que entraña la psiquiatría transcultural, probablemente porque en realidad se trata de una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y procesos socio-culturales.

La relación exacta entre inmigración y psicopatología sigue siendo una incógnita. Los metaanálisis más recientes (Cantor-Graae y Selten, 2005; Swinnen y Selten, 2007) muestran un amplio abanico de hallazgos respecto a la prevalencia de trastornos del ánimo y esquizofrenia entre inmigrantes. La misma tendencia presentan algunos rigurosos estudios epidemiológicos llevados a cabo con importantes muestras en los Estados Unidos. El National Latino and Asian American Study (Alegria y cols., 2007; Takeuchi y cols., 2007) que incluye una muestra estratificada de 2554 latinos y 2095 asiáticos y el National Epidemiological Study on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Breslau y Chang, 2006; Grant y cols., 2004) en el que participan 1236 asiáticos, 4558 mejicanos y 23262 blancos no hispanos hallaron unos niveles menores de trastornos del ánimo, de ansiedad y por abuso o dependencia de sustancias entre la población inmigrante en relación con los nacidos en EEUU. Los hallazgos del National Comorbidity Survey Replication (Breslau y cols., 2007) fueron parecidos, aunque la diferencia entre ambos grupos resultó ser algo menor. Sin embargo, al examinar una pequeña muestra de inmigrantes procedentes de México, se encontró que la presencia de trastornos de ansiedad predisponía a la

emigración y que la emigración, a su vez, predecía la subsiguiente aparición de trastornos de ansiedad y del ánimo (Breslau y cols., 2007). El Health Interview Survey llevado a cabo en Bélgica en 2001 (Levecque, Lodewyckx, y Vranken, 2007), con una muestra de 6121 belgas, 244 inmigrantes de Grecia, Italia y España, 214 inmigrantes de Turquía y Marruecos, y 328 inmigrantes de otros países de la Unión Europea encontró que la sintomatología depresiva era más prevalente en turcos y marroquíes que en el resto de grupos de inmigrantes. Por otro lado, los inmigrantes de Grecia, Italia, España, Turquía y Marruecos tenían una mayor prevalencia de trastornos por ansiedad que los belgas o los inmigrantes procedentes de otras partes de la Unión Europea.

En un primer metanálisis sobre migración y esquizofrenia (Cantor-Graae y Selten, 2005) y sus siguientes actualizaciones (Selten, Cantor-Graae, y Kahn, 2007), se ha encontrado un mayor riesgo para padecer este trastorno psicótico entre inmigrantes y su descendencia. Sin embargo, esta tendencia se ha detectado siempre entre grupos de inmigrantes negros de la región caribeña o marroquíes que llegaban a países mayoritariamente blancos como Reino Unido o Holanda. El riesgo de desarrollar esquizofrenia entre los inmigrantes procedentes del subcontinente indio es también más alta, pero no de forma significativa. En un ambicioso estudio realizado en 10.108 hogares en el Reino Unido (Brugha y cols., 2004) se encontró un riesgo más alto para padecer esquizofrenia en la población africana y afrocaribeña, pero no así en los inmigrantes del subcontinente indio.

A lo largo de todos estos estudios, sus autores tratan insistentemente de encontrar las causas de estas diferencias. En el estudio belga (Levecque y cols., 2007), se sugiere que es la "región de origen", más que la inmigración en sí misma, el principal factor de riesgo. La relación entre la región de origen y variables como la desventaja económica, el desempleo o un bajo nivel de educación es lo que la convierte en un factor de riesgo. De alguna manera, podría decirse que el estatus socioeconómico, más que la inmigración, está relacionado con el desarrollo de psicopatología. En consonancia con esto, Brugha y cols., (2004) sugieren que es la "desventaja socioeconómica" la que explica las diferencias en cuestión, aunque reconocen que son necesarios más estudios en este sentido.

La interpretación económica, sin embargo, no es respaldada por estudios llevados a cabo en Estados Unidos en los que, aunque no se recogen directamente variables

asociadas con el estatus socioeconómico, se encontró que los ciudadanos de segunda y tercera generación, personas que, al menos en teoría, deberían tener un mejor estatus socioeconómico que sus padres o abuelos, tenían niveles más altos de psicopatología que sus predecesores (Alegria y cols., 2007; Takeuchi y cols., 2007).

En su metanálisis, Selten y colaboradores (Cantor-Graae y Selten, 2005; Selten y cols., 2007; Swinnen y Selten, 2007) sugieren que algún tipo de factor social —lo que ellos denominan “la derrota social”— es el factor determinante en el desarrollo de trastornos mentales en la población inmigrante. Reconocen que el racismo, los problemas relacionados con las condiciones de la vivienda, el empleo y otros factores asociados, pueden influir en ello. Dado que la prevalencia de esquizofrenia es más alta en un grupo concreto de inmigrantes y en un contexto determinado—los afrocaribeños en Reino Unido o los marroquíes de Bélgica—podría ser que los factores claves de este hallazgo fueran el racismo y la exclusión. Lo que está claro, sin embargo, es que no hay una única explicación ni para la prevalencia de psicopatología ni para su aparición. El que sólo el estudio belga (Levecque y cols., 2007) hallara una mayor prevalencia para depresión y no para ansiedad, es un hallazgo inesperado. Se esperaría que las dificultades ligadas a la migración cursaran con tasas más altas de ansiedad. Al mismo tiempo, estos hallazgos apoyan la posición de los autores de este artículo respecto a que la psicopatología del inmigrante está relacionada con los estresores asociados con su proyecto migratorio, entendiendo el estrés en el marco del modelo estrés-proceso.

El hecho de que el proceso migratorio, la cultura o la pertenencia a un grupo minoritario estén sujetos a factores moderadores y mediadores diferentes dificulta aún más la comparación entre los distintos grupos (Collazos y cols., 2005). Se deduce, pues, que para interpretar correctamente la compleja relación entre psicopatología e inmigración es necesario considerar la influencia de estos factores mediadores o moderadores, en concreto la del estrés aculturativo al que están sometidos los inmigrantes.

ESTRÉS Y PSICOPATOLOGÍA

Según el enfoque transaccional propuesto por Lazarus (1999), el estrés se define como una situación en la que las demandas externas o internas superan los recursos adaptativos del individuo (Lazarus, 1999). En este sentido, la inmigración puede considerarse un desafío ya que

el proceso migratorio requiere la adaptación a una nueva realidad, pero sin poder disponer de los mismos recursos que tenía en su país de origen (Bhugra, 2004).

Clásicamente se ha considerado que existen dos tipos básicos de estrés: agudo y crónico (Dimsdale, Irwin, Keefe, y Stein, 2005). El agudo representa un acontecimiento duro y concreto, es decir, un episodio estresante en la vida del sujeto. Los estresores agudos de la inmigración pueden tener relación con posibles acontecimientos importantes que hayan podido provocar la marcha del lugar habitual de residencia durante el viaje migratorio o ya en el país de acogida. Los estresores crónicos incluyen conflictos con los nuevos roles desempeñados en el nuevo lugar de residencia, los cambios de status, las transiciones estresantes, los contextos o ambientes estresantes, el estrés crónico no resuelto o el estrés cotidiano o “daily hassles” (Cassidy, 2000; Hahn y Smith, 1999).

Desde los años 60 los investigadores han ido explorando la relación existente entre vulnerabilidad—o diátesis—y un factor interviniente—estrés—que transforma la disposición no completada hacia un trastorno mental en un auténtico trastorno. La investigación sugiere que este modelo explica adecuadamente una proporción significativa de la varianza en los estudios que tratan de justificar la aparición de psicopatología (S. Folkman y Lazarus, 1986).

Otra compleja cuestión tiene que ver con la posible capacidad del estrés para provocar por sí solo psicopatología, sin que exista una predisposición biológica o genética (Dohrenwend, 2000; Hammen, 2005; Zuckerman, 1999). Aunque todavía no hay una investigación suficientemente sólida para sustentar esta posibilidad, todo señala que puede ser perfectamente posible, siempre que se presente un estresor con la intensidad y la duración necesarias, combinado con una disponibilidad limitada de recursos por parte de la persona para responder a ese estrés (Hammen, 2005; Zuckerman, 1999). Dicho de otra manera, el estilo de afrontamiento (y no necesariamente los trastornos de la personalidad) podría predisponer a una persona a padecer un trastorno mental si su manera de responder habitualmente al estrés fuera disfuncional, o podría simplemente mediar en la aparición de psicopatología cuando se carece de los recursos individuales necesarios para sobreponerse a los estresores en cuestión (Chan, 1977; Dohrenwend, 2000). El estrés, pues, puede tanto favorecer la aparición de psicopatología como ser la causa de la misma.

INMIGRACIÓN Y ESTRÉS

Todo proceso migratorio implica un componente de pérdida y otro de ganancia, inherentes al cambio que supone dejar el lugar habitual de residencia para trasladarse a otro más o menos lejano y diferente. De esta distancia, tanto en lo geográfico como, sobre todo en lo cultural, se deriva un consecuente esfuerzo de adaptación a las nuevas condiciones de vida. Este esfuerzo de adaptación puede definirse como el "estrés del emigrante". Las personas que cambian de cultura, como los inmigrantes, experimentan unos estresores únicos. La pérdida de status, la marginalidad, la alienación y discriminación percibida, la fragilidad de la identidad cultural, etc., se pueden llegar a convertir en preocupaciones que ponen a prueba la fortaleza de la salud mental de la persona (Sandhu y Asrabadi, 1994; Sandhu, Portes, y McPhee, 1996).

El concepto de "estrés del emigrante", siguiendo el planteamiento del punto anterior sobre la relación entre estrés y psicopatología, carece de relevancia clínica si no se contrapone con el de "mecanismos de afrontamiento del individuo", o "recursos internos" (Lazarus, 1999; Noh y Kaspar, 2003) tales como la autoestima (Chan, 1977) o el locus de control (Cervantes y Castro, 1985; Hovey, 1999), y la red de apoyo social con la que cuenta. Este planteamiento, que puede conceptualizarse como "vulnerabilidad al estrés", sirve para establecer la relación entre la migración y los trastornos mentales que de ésta pueden derivarse (Berry y Kim, 1988; Bhugra, 2000, 2003; Hovey, 2000; Hovey y Magaña, 2002; Mena, Padilla, y Maldonado, 1987; Miranda y Mathery, 2000; Noh y Kaspar, 2003; Smart y Smart, 1995).

Los factores que se han invocado como posibles estresores relacionados con la migración son múltiples y han sido estudiados desde perspectivas muy diferentes. Desde un enfoque psicoanalítico, se ha sugerido que la emigración lleva asociada una serie de duelos que pueden desencadenar, al no ser elaborados de una manera eficaz, un síndrome proteiforme que podría incluir tanto síntomas afectivos, como ansiosos o psicóticos (Akhtar, 1995; Grinberg y Grinberg, 1996). Pese al interés teórico de este planteamiento, no ha podido demostrarse la relación directa entre el duelo migratorio y la presencia de psicopatología.

Para otros, el elemento fundamental para establecer la relación entre migración y trastornos psiquiátricos hay que buscarlo en el contexto de la aculturación, entendida como el proceso de cambio cultural que sucede cuando

dos o más grupos culturales entran en contacto (Moyerman y Forman, 1992). El esfuerzo de adaptación que implica este fenómeno es conocido como estrés aculturativo (Berry y Kim, 1988; Padilla, Olmedo, y Loya, 1982). Este tipo de estrés, desarrollado más ampliamente en el siguiente apartado, ha sido relacionado con la aparición de diferentes trastornos psiquiátricos en emigrantes (Berry y Kim, 1988; Bhugra, 2001; Cuéllar, 2000; Hovey, 2000; Hovey y Magaña, 2000, 2002; Mena y cols., 1987; Nicassio, Solomon, Guest, y McCullough, 1986; Noh y Kaspar, 2003; Perez, Voelz, Pettit, y Joiner, 2002).

Otro factor que ha sido considerado como posible inductor de psicopatología en los pertenecientes a "minorías étnicas" es el del estrés derivado del sentimiento de discriminación, como percepción subjetiva, respecto a la sociedad mayoritaria. Para algunos autores, la discriminación percibida debería ser incluida en el estrés aculturativo (Gil y Vega, 1996; Gil, Wagner, y Vega, 2000; Hovey y Magaña, 2002; Noh y Kaspar, 2003; Sandhu y Asrabadi, 1994), mientras que otros consideran que es un factor independiente y que, como tal, requiere un estudio aparte (Rodríguez, Myers, Mira, Flores, y Gracia-Hernandez, 2002).

Por último, no puede olvidarse que los inmigrantes, como el resto de ciudadanos, están sometidos a toda una serie de estresores psicosociales cotidianos que pueden llegar a ser tan importantes o más que los anteriormente citados.

ESTRÉS ACULTURATIVO

Considerar la inmigración como factor pronóstico del posterior desarrollo de psicopatología resulta muy complejo, en gran medida por tratarse de una categoría nosológica y excesivamente heterogénea. En su lugar, algunos autores propugnan el empleo del término *aculturación* aunque, actualmente, no existe un amplio consenso acerca de lo que este término significa.

La aculturación puede ser interpretada en el contexto de la estrategia empleada por el inmigrante para afrontar el proceso migratorio (Berry, 2001). Siguiendo este enfoque, Berry propone que, según sea dicha estrategia, el inmigrante puede acabar *integrado*, si es capaz de mantener la cultura de origen al tiempo que adopta la cultura dominante; *asimilado*, cuando adopta la cultura dominante en detrimento de la de origen; *separado*, si conserva la cultura de origen y rechaza la de la sociedad de acogida; o, por último, *marginado*, cuando

abandona toda identidad cultural (Berry, 2001). Este modelo de la *aculturación* presenta, sin embargo, algunos problemas metodológicos en la investigación que redundan en la obtención de resultados contradictorios, consecuencia del empleo de un constructo excesivamente conceptual y de escasa aplicabilidad práctica.

La ausencia de una clara relación entre la aculturación y la salud mental, por un lado, y la limitada aplicabilidad de los modelos existentes, por otro, hacen necesario el recurso a otras construcciones conceptuales conexas. El estrés relacionado con el proceso migratorio, más conocido en los Estados Unidos como *estrés aculturativo*, parece un concepto muy útil que puede ofrecer información psicológica interesante (Finch, Frank, y Vega, 2004).

La inmigración es estrés en la medida en que el individuo es incapaz de responder o hacer frente tanto a los acontecimientos estresantes concretos como a los factores crónicos de estrés de la vida cotidiana. El concepto de estrés aculturativo es valioso en cuanto fija específicamente la atención en un fenómeno psicológico, y no en uno demográfico como es la inmigración (o incluso la pertenencia a un determinado grupo étnico), o en una construcción conceptual teórica y empíricamente defectuosa como es la aculturación.

Los estudiosos del estrés aculturativo insisten en que lo importante no es el contacto cultural en sí, sino la experiencia estresante derivada de este contacto (Hovey y Magaña, 2000; Mena y cols., 1987; Sandhu y Asrabadi, 1994). La necesidad de aprender un nuevo idioma (Finch y cols., 2004; Hovey y Magaña, 2000), nuevas costumbres y códigos culturales (Smart y Smart, 1995), cambiar el rol familiar y laboral (Rodríguez y cols., 2002), y la falta de permiso de trabajo pueden resultar en un estrés cotidiano importante (Finch y Vega, 2003).

Se ha planteado que el estrés aculturativo tiene diferentes componentes, como la nostalgia, o el duelo que implica dejar atrás determinado modo de vida (Achoategui, 2002); el choque cultural o proceso aculturativo (Finch y cols., 2004); o la frecuente experiencia de discriminación (Sandhu y Asrabadi, 1994). Las conclusiones a las que se ha llegado en los Estados Unidos (Sandhu y Asrabadi, 1994) y las primeras que se han alcanzado en España (Tomás-Sabado, Qureshi, Antonin, y Collazos, 2007) sugieren que, aunque conceptualmente se compone de diferentes factores, desde el punto de vista psicométrico el estrés de la inmigración es unitario. Aunque ninguna investigación ha estudiado aún con detalle estos

tres componentes en España, sí se ha desarrollado un instrumento que permite medir el estrés de la migración y que incluye los componentes mencionados (Tomás-Sabado, y cols., 2007). La concepción actual del estrés, apoyada en el análisis transaccional propuesto por Lazarus (Lazarus y Folkman, 1980), implica que la intensidad de cualquiera de estos factores de estrés debe siempre entenderse en el contexto de los recursos, sean psicológicos, sociales o institucionales, a los que la persona tiene acceso. Debe quedar claro que la inmigración en sí, independientemente de la intensidad de la experiencia, no es por definición un factor de estrés, y ni siquiera un factor de riesgo.

Nostalgia

Esta fuente de estrés de la inmigración es la relacionada con las pérdidas asociadas con la salida del país de origen (Smart y Smart, 1995), que han sido bien elaboradas por Achoategui (2002), y que incluyen la experiencia de echar de menos aspectos elementales que, en principio, solamente existen en el país que se deja atrás. La pérdida de los amigos y la familia, el estatus social, el trabajo, el idioma, las costumbres e incluso la tierra, pueden convertirse en importantes factores de estrés, especialmente si se acompañan de dificultades jurídicas, profesionales y sociales en el país de acogida.

Choque cultural

Los estresores de la aculturación son todos los relacionados con hacer una vida en una nueva cultura, como el acceso a los servicios y productos culturalmente relevantes, a las actividades religiosas y culturales, a la educación de los hijos y a las relaciones interpersonales. Los cambios que entraña el proceso aculturativo requieren frecuentemente que los individuos adopten nuevos roles, a menudo culturalmente incoherentes. Cualquier cambio profundo de las normas culturales, como son los roles, puede ocasionar un estrés considerable.

Discriminación percibida

Otra posible fuente de estrés es la discriminación percibida, relacionada no solamente con el estrés, sino también con el posible desarrollo de psicopatología y problemas de salud (Mena y cols., 1987; Noh y Kaspar, 2003; Sandhu y Asrabadi, 1994; Utsey, Chae, Brown, y Kelly, 2002).

La experiencia de ser discriminado por razón de raza, religión o pertenencia étnica abarca una parte importan-

te de algunas escalas de estrés aculturativo y se ha identificado por sí misma como un factor de riesgo que predispone a padecer problemas de salud física y mental (Noh y Kaspar, 2003). Asimismo, se ha sugerido que la discriminación puede ser uno de los factores explicativos de las elevadas tasas de esquizofrenia entre los afrocaribeños de Europa (Bhugra, 2000; Cantor-Graae y Selten, 2005).

Puesto que aquí se trata de la experiencia del individuo, este factor está más condicionado por las percepciones que por la existencia objetiva de la discriminación. De hecho, ésta es bastante irrelevante, ya que gran parte del racismo contemporáneo es implícito (Espelt y Javaloy, 1997) y permanece oculto (incluso para quien discrimina). La investigación señala que algunas poblaciones minoritarias muestran niveles más altos de ideación paranoide (Barrio y cols., 2003), lo cual se ha interpretado como una posible respuesta adaptativa ante una sociedad racista.

DISCUSIÓN

El estrés aculturativo ofrece un marco conceptual y empírico en el que se puede ajustar la relación entre psicopatología e inmigración y que resulta respaldado por el grueso de la investigación actual sobre el tema. La mayoría de los investigadores reconocen que es necesario algún factor adicional para dotar de significado a los frecuentemente contradictorios hallazgos en este terreno. Este factor adicional sería consistente con el constructo del estrés aculturativo.

La mayor prevalencia de esquizofrenia entre los inmigrantes negros y marroquíes hallada por Cantor-Graae y Selten (2005), los niveles más altos de depresión entre los inmigrantes con menos ingresos (Levecque y cols., 2007), y la mejor salud mental entre los inmigrantes que viven en áreas con una mayor densidad étnica señalan (Bhugra, 2004), todos ellos, la interrelación con el estrés aculturativo. Los llamativos hallazgos respecto a que el mayor tiempo en el país de acogida y el buen dominio de la lengua del país de acogida cursan con una peor salud mental rebate claramente la convencional creencia de que la "integración" es un predictor de salud mental. Estos sorprendentes hallazgos, sin embargo, podrían ser explicados por el estrés aculturativo que reconoce que el tiempo transcurrido del país de origen en un ambiente nuevo, desconocido y, frecuentemente, hostil, puede resultar muy estresante. La interacción habitual con personas autóctonas en la lengua del país de acogida—un

indicador de integración—puede ser, en sí, muy estresante por el esfuerzo que requiere de adaptación a diferentes normas sociales, al tiempo que puede exponer al individuo a prejuicios y discriminaciones más o menos sutiles.

El estrés aculturativo, como se ha citado, se fundamenta en el modelo del estrés-proceso, es decir, la inmigración es estresante en la medida que es experimentada como tal por el individuo, en relación con los recursos personales, sociales y materiales que tenga disponibles. Así, no son tanto las condiciones o acontecimientos particulares—categorías nomoéticas—las que son estresantes sino cómo el individuo responde a dichos acontecimientos y condiciones. El estrés aculturativo es, por definición, un constructo idiopático o individualizado.

El modelo del estrés aculturativo toma como referente el paradigma transaccional del estrés desarrollado por Lazarus (Lazarus, 1999; Lazarus y Folkman, 1980), en el que lo relevante es la interacción que se establece entre un estresor con unas características determinadas y unos mecanismos de afrontamiento desarrollados por el individuo más o menos eficaces. Desde esta perspectiva no puede aseverarse que la aculturación curse ineluctablemente con un deterioro de la salud mental del individuo, sino que, a veces, implica un abanico de oportunidades de las que se puede salir reforzado (Folkman y Moskowitz, 2000).

De todo lo expuesto resulta evidente que la repercusión de todos los estresores ligados a la migración sobre el plano emocional llega a ser muy importante. Algunos autores han hablado del "Síndrome del estudiante extranjero" (Ward, 1967), del "trastorno por desarraigo" (Zwillingman, 1978), "duelo cultural" (Eisenbruch, 1992) o del "Síndrome de Ulises" (Achetegui, 2004).

El modelo de estrés-proceso sugiere que los factores individuales y contextuales específicos actúan como mediadores y moderadores de la intensidad del estrés de la experiencia migratoria. Por tanto, el estudio riguroso de la posible relación entre la aparición de psicopatología y el proceso migratorio debería incluir la valoración de los factores moderadores y mediadores que, como el estrés aculturativo, contextualizan a este último.

Sin embargo, no hay demasiados estudios que analicen adecuadamente la relación entre el nivel de estrés aculturativo y el desarrollo de psicopatología. En alguno de estos estudios (Hovey, 2000) se evidencia que cuanto mayor es el grado de este tipo de estrés, más frecuentes son en algunos de los grupos étnicos estudiados los sín-

tomas depresivos o las ideas de suicidio, así como de ansiedad (Hovey y Magaña, 2002), síntomas de bulimia (Perez y cols., 2002), o los trastornos por abuso de sustancias (Gil y cols., 2000; Vega, Zimmerman, Warheit, y Gil, 2002). Los datos preliminares de un ambicioso estudio multicéntrico realizado en Aragón y Cataluña, que incluye más de 1500 entrevistas con inmigrantes que consultaban en los servicios de atención primaria y que actualmente están empezando a ser analizados por nuestro equipo, apuntan a una relación entre el grado de estrés y la presencia de trastornos mentales, especialmente del tipo ansioso-depresivos. De estos resultados se desprende el enorme interés que tiene la detección del nivel de estrés aculturativo en este colectivo, como posible indicador del riesgo de desarrollar algún tipo de psicopatología.

La carencia de escalas adecuadas para valorar el nivel de estrés aculturativo en nuestro medio ha impulsado la reciente elaboración de la escala Barcelona de estrés del inmigrante (BISS) (Tomás-Sabado, Qureshi, Antonin, y Collazos, 2007). El objetivo principal de esta escala autoadministrable es ofrecer al clínico una herramienta sencilla que le advierta de la posible presencia de estresores, dada la relación entre éstos y el posterior desarrollo de psicopatología. A la espera de su definitiva validación externa, herramientas como ésta se hacen cada día más necesarias para apoyar a los profesionales sanitarios en el desafío que supone atender a la población culturalmente diversa.

REFERENCIAS

- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: Una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
- Akhtar, S. (1995). A third individuation: immigration, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(4), 4051-1084.
- Alegria, M., Mulvaney-Day, N., Torres, M., Polo, A., Cao, Z., y Canino, G. (2007). Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health*, 97(1), 68-75.
- Barrio, C., Yamada, A., Atuel, H., Hough, R. L., Yee, S., Berthot, B., y cols. (2003). A tri-ethnic examination of symptom expression on the positive and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 60, 259-269.
- Berry, J. (2001). Conceptual approaches to acculturation. En K. M. Chun, P. Balls Organista y G. Marin (Eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research* (pp. 17-38). Washington DC: American Psychological Association.
- Berry, J., y Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. En P. Dasen, J. Berry y Sartorius (Eds.), *Health and cross-cultural psychology: Towards application* (pp. 207-236). London: Sage.
- Bhugra, D. (2000). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 102).
- Bhugra, D. (2001). Acculturation, cultural identity and mental health. En D. Bhugra y R. Cochrane (Eds.), *Psychiatry in multicultural Britain* (pp. 112-136). London: Gaskell.
- Bhugra, D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl. 418), 67-72.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243-258.
- Bhugra, D., y Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20.
- Bhui, K., y Bhugra, D. (2002). Mental illness in Black and Asian ethnic minorities: pathways to care and outcome. *Advancement in Psychiatric Treatment*, 8, 26-33.
- Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges, G., Castilla-Puentes, R. C., Kendler, K. S., Medina-Mora, M. E., y cols. (2007). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 115-122.
- Breslau, J., y Chang, D. F. (2006). Psychiatric disorders among foreign-born and US-born Asian-Americans in a US national survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12), 943-950.
- Brugha, T., Jenkins, R., Bebbington, P., Meltzer, H., Lewis, G., y Farrell, M. (2004). Risk factors and the prevalence of neurosis and psychosis in ethnic groups in Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 939-946.
- Cantor-Graae, E., y Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24.
- Cassidy, T. (2000). Stress, healthiness and health behaviors: An exploration of the role of life events, daily hassles, cognitive appraisal and the coping process.

- Counselling Psychology Quarterly*, 13, 293-311.
- Cervantes, R. C., y Castro, R. G. (1985). Stress, coping and Mexican American mental health: A systematic review. *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*, 7, 1-73.
- Chan, K. B. (1977). Individual differences in reaction to stress and their personality and situational determinants: Some implications for community mental health. *Social Science and Medicine*, 11, 89-103.
- Collazos, F., Qureshi, A., y Casas, M. (2005). Psicopatología e inmigración. En J. Vallejo (Ed.), *Update Psiquiatría* (pp. 37-52). Barcelona: Masson.
- Cuëllar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. En I. Cuëllar y F. A. Paniagua (Eds.), *Handbook of Multicultural Mental Health* (pp. 45-62). San Diego, CA: Academic Press.
- Dimsdale, J. E., Irwin, M., Keefe, F. J., y Stein, M. B. (2005). Stress and psychiatry. En Benjamin J. Sadock y V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry* (8 ed., Vol. 2, pp. 2180-2195). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 1-19.
- Eisenbruch, M. (1992). Toward a culturally sensitive DSM: cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(1), 8-10.
- Espelt, E., y Javaloy, F. (1997). *El racismo moderno*. Barcelona: SOS Racismo.
- Farley, T., Galves, A., Dickinson, L. M., y Diaz Perez, M. (2005). Stress, coping, and health: A comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and non-Hispanic Whites. *Journal of Immigrant Health*, 7(3), 213-220.
- Finch, B. K., Frank, R., y Vega, W. A. (2004). Acculturation and acculturative stress: A social epidemiological approach to Mexican migrant farmworkers' health. *International Migrant Review*, 38(1), 236-262.
- Finch, B. K., y Vega, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109-117.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Folkman, S., y Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118.
- García-Campayo, J., y Carillo, C. S. (2002). Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118(5).
- Gil, A. G., y Vega, W. A. (1996). Two different worlds: Acculturation stress and adaptation among Cuban and Nicaraguan Families. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 435-456.
- Gil, A. G., Wagner, E. F., y Vega, W. A. (2000). Acculturation, familism, and alcohol use among Latino adolescent males: Longitudinal relations. *Journal of Community Psychology*, 28(4), 443-458.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., y Anderson, K. (2004). Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic Whites in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 2004.
- Grinberg, L., y Grinberg, R. (1996). *Migración y exilio: Estudio psicoanalítico*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Hahn, S. E., y Smith, C. S. (1999). Daily hassles and chronic stressors: Conceptual and measurement issues. *Stress Medicine*, 15, 89-101.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Helms, J. E., y Cook, D. A. (1999). *Using race and culture in counseling and psychotherapy: theory and process*. Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.
- Hovey, J. D. (1999). Psychosocial predictors of acculturative stress in Central American immigrants. *Journal of Immigrant Health*, 1(4), 187-194.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6, 134-151.
- Hovey, J. D., y Magaña, C. (2000). Acculturative stress, anxiety, and depression among Mexican immigrant farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health*, 2(3), 119-131.
- Hovey, J. D., y Magaña, C. (2002). Exploring the mental health of Mexican migrant farm workers in the midwest: Psychosocial predictors of psychological distress and suggestions for prevention and treatment. *Journal of Psychology*, 136(5), 493-513.
- Kirmayer, L. J., y Groleau, D. (2001). Affective disorders in cultural context. *The Psychiatry Clinics of North America*, 24(3), 465-478.

- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1980). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., y Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 229-239.
- Mena, F. J., Padilla, A. M., y Maldonado, M. (1987). Acculturative stress and specific coping strategies among immigrant and later generation college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(2), 207-225.
- Miranda, A. O., y Mathery, K. B. (2000). Socio-psychological predictors of acculturative stress among Latin adults. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 306-318.
- Moyerman, D. R., y Forman, B. D. (1992). Acculturation and adjustment: A metaanalytic study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 14, 163-200.
- Nicassio, P. M., Solomon, G. S., Guest, S. S., y McCullough, J. E. (1986). Emigration stress and language proficiency as correlates of depression in a sample of southeast Asian refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 32, 22-28.
- Noh, S., y Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American Journal of Public Health*, 93(2), 232-238.
- Padilla, E. R., Olmedo, E., y Loya, F. (1982). Acculturation and the MMPI performance of Chicano and Anglo college students. *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*, 4, 451-466.
- Perez, M., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., y Joiner, T. E. (2002). The role of acculturative stress and body dissatisfaction in predicting bulimic symptomatology across ethnic groups. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 442-454.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Chemelevsky, M., Zetser, F., Durst, R., y Ginath, Y. (1996). Effects of immigration on the mentally ill—does it produce psychological distress? *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 17-22.
- Rodriguez, N., Myers, H. F., Mira, C. B., Flores, T., y Gracia-Hernandez, L. (2002). Development of the Multidimensional Acculturative Stress Inventory for adults of Mexican origin. *Psychological Assessment*, 14(4), 451-461.
- Sandhu, D. S., y Asrabadi, B. R. (1994). Development of an acculturative stress scale for international students: Preliminary findings. *Psychological Reports*, 75, 435-448.
- Sandhu, D. S., Portes, P. R., y McPhee, S. A. (1996). Assessing cultural adaptation: Psychometric properties of the Cultural Adaptation Pain Scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24(1), 15-25.
- Selten, J. P., Cantor-Graae, E., y Kahn, R. S. (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 111-115.
- Smart, J. F., y Smart, D. W. (1995). Acculturative stress of Hispanics: Loss and challenge. *Journal of Counseling and Development*, 73, 390-396.
- Swinnen, S. G., y Selten, J. P. (2007). Mood disorders and migration: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 6-10.
- Takeuchi, D. T., Zane, N., Hong, S., Chae, D. H., Gong, F., Gee, G. C., y cols. (2007). Immigration-related factors and mental disorders among Asian Americans. *American Journal of Public Health*, 97(1), 84-90.
- Tomás-Sabado, J., Qureshi, A., Antonin, M., y Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological Reports*, 100(3), 1013-1023.
- Utsey, S. O., Chae, M. H., Brown, C. F., y Kelly, D. (2002). Effect of Ethnic Group Membership on Ethnic Identity, Race-Related Stress, and Quality of Life. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(4), 366-377.
- Vega, W. A., Zimmerman, R., Warheit, G., y Gil, A. (2002). Acculturation, stress and Latino adolescent drug use. In A. Maney y J. Ramos (Eds.), *Socioeconomic conditions, stress and mental disorders: Toward a new synthesis of research and public policy*. Washington DC: Mental Health Statistical Improvement Program, National Institute of Mental Health.
- Ward, L. (1967). Some observations on the underlying dynamics of conflict in a foreign student. *Journal of the College Health Association*, 10, 430-440.
- Watters, C. (2002). Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(1), 153-172.
- Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. En M. Zuckerman (Ed.), *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 3-23). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zwingman, C. A. (1978). *Uprooting and related phenomena: a descriptive bibliotherapy*. Geneva: World Health Organization.

PERSONALIDAD, DESARROLLO Y CONDUCTA ANORMAL

PERSONALITY, DEVELOPMENT AND ABNORMAL BEHAVIOUR

José M. Tous

Universidad de Barcelona

El creciente interés de la Psicología por las habilidades emocionales obliga a fundamentar la Personalidad en la percepción y la expresión de las emociones. La obra de Mira sobre la personalidad se describe como el punto de partida para el desarrollo de una psicología de la personalidad que no sólo considera las diferencias interindividuales, sino que sustenta las mismas en las diferencias intraindividuales. Mira describe la relación entre lo somático y lo psíquico que constituyen la persona, según el desarrollo evolutivo, en base a tres conceptos: Monismo, funcionalismo e interaccionismo. Finalmente, se compara esta teoría con las diferentes teorías actualmente en boga en Psicología y se concluye que la teoría de la Personalidad de Mira, se basa en tres componentes: Temperamento, Situación percibida y Carácter que nos acercan a un concepto de Personalidad aplicable a un ser humano evolutivo desde una perspectiva no esencialista, sino funcional.

Palabras clave: Carácter. Conación. Emoción. Micro-historia personal. Temperamento.

The growing interest of Psychology in emotional abilities forces us to base the Personality on the perception and expression of emotions. Mira's works is described as the appropriate starting point for the evolution of Personality that not only takes interindividual differences into consideration, but also sustains them in intraindividual differences. Mira describes the relationship between the somatic and psychic components of the person, according to human development, by means of three concepts: monism, functionalism and interactionism. Finally, this theory is compared with some other current theories in Psychology. It is concluded that the theory of Personality, according to Mira, is made up of three components: Temperament, Perceived Situation, and Character, that we propose as a concept of Personality applied to the development of a human being, not from an essentialist perspective, but from a functional consideration.

Keywords: Character. Conation. Emotion. Micro-history. Temperament.

-A menudo, la indicación que me han hecho es "cuando vea una acequia gire hacia la izquierda"; mientras el que habla señala decididamente hacia la derecha con su brazo. Ser un hombre de letras tiene un inconveniente: te fías de las palabras. Ha dicho "a la izquierda" cuando la verdad estaba en el gesto-

(J. M. Espinàs, 2007.

Traducción del catalán, Anna Tous, 2008)

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los medios de Comunicación Social, los Políticos y otros responsables sociales, nos han definido a los psicólogos como gestores de las emociones y así nadie duda del papel del psicólogo ante las grandes calamidades acaecidas de forma natural, o por acción de los terroristas.

Además, todo el mundo manifiesta un gran interés por el ámbito privado e íntimo de las personas -ver si no los

programas como "Gran Hermano"- y el éxito de audiencia que consiguen.

Los mismos políticos ofrecen sus vidas privadas a la opinión pública, en un esfuerzo por presentarse como iguales a las demás personas, en su forma de afrontar los problemas éticos o morales de la vida cotidiana -así vemos como Sarkozy expone, en público, su vida privada, en el momento en que es Presidente de la República Francesa-. Piensa, Sarkozy, que este gesto puede concederle el papel de persona abierta, progresista, decidida, valiente que hace falta para hacer avanzar su País, rompiendo con la supuesta hipocresía de sus predecesores.

La cuestión que anima a los comentaristas políticos, es si esta decisión mostrada, en la gestión de los propios problemas emocionales, se verá o no reflejada en la gestión de los problemas económicos y sociales, en la toma de decisiones sobre las infraestructuras y la toma de decisiones sobre la gestión de la energía, como en el caso de la línea de Muy Alta Tensión (MAT), entre Francia y España.

Todo ello contribuye a la opinión de que estamos viendo una crisis del racionalismo y un auge de lo emocional, aunque ello comporte una mayor superficialidad de los análisis sociales, ya que se ve compensada, por una mayor sinceridad del comportamiento social. A los

Correspondencia: José M. Tous. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. España. E-mail: Jmtous@ub.edu



psicólogos esta nueva situación no nos afecta tan sólo en general, sino que ya esta afectando específicamente a los que están trabajando, en las campañas electorales americanas, asesorando a Hillary Clinton que se manifieste más humana, más mujer, o sea que de más transparencia a su vida emocional y afectiva, individual, en sus actos públicos.

Estamos por consiguiente en un *revival* de la psicología de la percepción de las emociones (Michotte, 1950) y de la expresión de las emociones (Allport, 1963) que nos obliga a un replanteamiento de la Psicología de la Personalidad.

Los puntos en que vamos a fundamentar este replanteamiento de la conceptualización y evaluación de la Personalidad son:

- a) Personalología: Visión estática y dinámica de la Personalidad.
- b) Principios antropológicos de la Personalidad
- c) Factores y variables de la conducta normal y anormal
- d) Teorías unidimensionales de la personalidad
- e) Teorías bi-dimensionales de la personalidad
- f) La conación fundamento del carácter
- g) Dimensiones de la dinámica de la Personalidad
- h) Conducta expresiva versus conducta adaptativa

a) Personalología: Visión estática y dinámica de la Personalidad.

En primer lugar, la Personalidad se identifica, por parte de los agentes sociales ya mencionados, con “personalología” en el sentido de que la Personalidad denomina a lo personal, se refiere a una visión unitaria del ser humano, o sea a la persona como individuo. Esta concepción holística del ser humano pretende superar la división del mismo entre lo somático y lo psíquico, pero para Mira (1932) esta síntesis debe plantearse sin diluir ambos conocimientos en un único conocimiento global, más general y por ello menos específico.

Contextualizar el concepto de Personalidad en la “personalología”, implica distinguir entre una noción estática de la personalidad, o sea independiente del desarrollo y evolución del ser humano individual que comporta una determinada concepción antropológica del mismo y una noción dinámica de la personalidad, o sea referida a sus estadios evolutivos, según el desarrollo individual.

b) Principios antropológicos de la Personalidad.

Los principios antropológicos que constituyen la noción estática de la personalidad humana que proponemos son: 1º *el monismo*, 2º *el funcionalismo* y 3º *el interaccionismo*.

1º El Monismo

Mira (1932) es consciente que apelar a la unidad funcional del ser humano no excluye el problema metafísico del dualismo cuerpo – alma. Por ello acudimos a Lledó, quien recurre a Epicuro para describir el concepto de monismo. Así, leemos, “Una explicación de nuestra relación con el mundo y nuestra inteligencia de lo real, que no preste la atención adecuada a los sentidos (percepciones), como primera frontera del conocimiento, es para Epicuro un simple sueño inconsistente” (Lledó, 1984).

Con ello se establece no sólo que todo conocimiento es limitado por los órganos sensoriales corporales, sino que tan sólo por medio de estos es posible adquirirlo; fundamentando la teoría del conocimiento, planteada por Turró (1923), en su obra *Els orígens del conèximent: La Fam*, que desarrolló el “Institut de Fisiología de la Mancomunitat de Catalunya”, del cual, a través de Pi i Sunyer, fue, posteriormente, discípulo Mira.

“Si efectivamente se reduce la información intelectual al “más acá” y se rechaza toda forma de trascendencia que tenga relación alguna con el hombre, hay que construir una nueva antropología, asentada en bases distintas. El cuerpo es, pues, el momento central del “ser aquí” y de él ha de partir esta antropología” (Lledó, 1984). Esta filosofía es la que resulta más coherente con el planteamiento monista antropológico de Mira.

El conocimiento es el resultado de darnos cuenta de cambios en nuestro organismo que nos informan del estado tanto del medio como de nosotros mismos. Los cambios musculares que realizamos, para enfocar nuestra visión de un objeto, son los que nos indican la distancia a la que estamos del mismo.

2º El funcionalismo

Mira (1932) recurre al concepto de “*punto de vista funcional*”, para tender un puente entre lo físico y lo psíquico en el ser humano, según el cual, es el organismo como un todo el que crea la respuesta y sostiene que el que se siga estudiando cada uno de estos aspectos por separado, no implica un dualismo entre las manifestaciones psíquicas y físicas, sino un conocimiento analítico de la “*sinergia funcional*” de que está dotada la persona individual.

Se trata de una visión sintética que describe la integración de las diversas actividades orgánicas: humorales y nerviosas, en las diversas actividades psíquicas: emocionales e intelectivas. De este modo la actividad humoral, determinada por las hormonas y las sustancias “*neurotropas*”, conocidas hoy como neurotransmisores, influye



en los distintos estados de ánimo y de humor, al enlentecer o acelerar la conducción nerviosa, actuando sobre las sinapsis y afectando al estado emocional.

Mientras que la actividad nerviosa sustenta la actividad intelectual, mediante la conversión de la información sensorial motora, en información nerviosa y la transformación de la misma, en contenidos mentales como la percepción, la memoria, la imaginación, la asociación de ideas, el juicio..., que llevan a la toma de decisiones, y a la construcción y mantenimiento de la respuesta motora o movimiento, mediante las reacciones motrices voluntarias.

Este funcionalismo antropológico de Mira lo encontramos, en la actualidad, en un artículo de Kagan (2005), según el cual los elementos de la Personalidad no deben ser conceptos abstractos, ya que la utilización de constructos abstractos como propiedades de cada persona, no asegura su utilización como funciones, sino que lleva a que estos se consideren de forma esencialista y por consiguiente no se tiende a estudiar su cambio cuando varía el contexto en el que se dan. El psicoticismo, la ansiedad, la extraversión, etc., se convierten en conceptos ambiguos, cuando los consideramos sin tener en cuenta la persona, la historia de la persona y la situación en la que la persona los pone de manifiesto.

3º El interaccionismo

Mira (1932) nos lo expresa del siguiente modo: "no sólo el medio y la herencia influyen sobre el individuo en un momento dado, sino que éste influye sobre esos dos factores a su vez". En esta frase tenemos la concepción de un ser humano que no es pasivo frente al medio interno y externo en el que se encuentra, sino tan activo que el mismo se modifica y construye como resultado de esta interacción.

Este interaccionismo antropológico de Mira no tiene nada que ver con el interaccionismo de Endler y Magnusson (1976), que consideramos simplista por estar basado en la creencia de la pre-existencia de una realidad significativa independiente del ser humano que la percibe, que ha llevado a simplificaciones tan inocentes como la de creer que la realidad es estresante, difícil, saludable, etcétera. Es la cultura y, por consiguiente, la persona la que confiere significado a la realidad, a su realidad. Por lo tanto una misma realidad puede ser estresante para una persona y no serlo para otra, ya que una le ha dado esta significación y la otra no.

El interaccionismo no sólo es importante, porque nos pone de manifiesto que la persona no es un sujeto pasivo, al elaborar la información; sino, principalmente, por-

que nos describe que la persona se hace distinta como resultado de la interacción entre su herencia y su medio.

c) Factores y variables de la conducta normal y anormal.

Los factores y variables, necesarios y suficientes, para describir la conducta normal y anormal, como respuesta individual, son de naturaleza I) *heredada*, II) *adquirida* y III) *mixta*. Es muy importante subrayar que a pesar de que todos estos factores tienen un origen endógeno o exógeno, constituyen la persona como un todo y, por consiguiente, están presentes en la misma. Según Mira, los factores de los que dependen las reacciones personales, individuales y que están especialmente relacionados con la conducta delictiva, son:

I.- Heredados, cuya naturaleza es endógena y se diferencian según: 1) la constitución corporal, 2) el temperamento, y 3) la inteligencia como capacidad.

II.- Adquiridos o de naturaleza exógena y cuyos componentes son: 4) la experiencia previa de situaciones análogas, presente en la memoria a largo plazo de la persona, 5) la constelación de circunstancias internas y externas, inmediatamente, anteriores a la respuesta observable, presentes en la memoria a corto plazo, 6) la situación externa actual, o desencadenante de la respuesta sensorial, tal como esta presente en la persona, 7) tipo medio de la reacción social (colectiva) adquirido por la persona, y 8) el modo de percepción de la situación, dependiente de su formación, intereses, ...que le lleva a una interpretación de la misma."

III.- Mixtos, como resultado de la interacción entre los factores de origen endógeno y de origen exógeno, presentes en la persona y que conforman: 9) el carácter.

La personalidad como base de la reacción personal, individual, tiene pues, para Mira, 9 componentes que sirven para dar una explicación necesaria y suficiente de la conducta humana general y en especial de la conducta delictiva. Cada uno de estos componentes está presente en una u otra de las teorías de la personalidad que se desarrollaron a partir de la década de los años 30 y se fundamentan en tres tipos de dimensiones que se consideran necesarias para una comprensión completa y acabada de la personalidad: Biológica, Cultural y Mixta.

d) Teorías uni-dimensionales de la personalidad.

Estas teorías tienen tan sólo en cuenta una de las tres clases de dimensiones que son necesarias para la explicación completa de la personalidad. H. J. Eysenck (1947) describe la personalidad mediante 4 sistemas



que se corresponden con 4 de los 9 propuestos por Mira: la constitución corporal, el temperamento, la inteligencia y la conación. Tres de estos cuatro componentes de la personalidad corresponden a la dimensión endógena propuesta por Mira y el cuarto también, porque, para Eysenck, la conación es, simplemente, la denominación de la conducta volitiva humana, necesaria para explicar el paso de una idea a una ejecución. Por consiguiente, la teoría de la personalidad de Eysenck es unidimensional ya que sólo esta constituida por los mecanismos endógenos necesarios, para explicar como interacciona con el medio, mediante su concepto de "diatesis", pero el medio, ni siquiera como experiencia personal, no esta incluido en su modelo de personalidad.

El concepto de Personalidad se fue reduciendo, por una parte, a tan sólo el temperamento y por otra a únicamente la experiencia previa adquirida, dando lugar, como hemos visto, la primera a los modelos factoriales biólogos como los de Gray y Zuckerman, -que incluso contribuyó al resurgir de modelos estrictamente temperamentales como los de Buss y Plomin- y a los modelos factoriales léxicos, como el de Cattell y McCrae y Costa, e incluso monotéticos de la psicología clínica, como el de Millon; mientras que la segunda dio lugar a los enfoques Situacionista y Conductista de la personalidad (Mischel y Epstein), que provocaron el auge de los estudios de las estrategias de afrontamiento, las habilidades sociales y los estilos personales.

e) Teorías bi-dimensionales.

Existen otras teorías de la personalidad que discriminan entre dos componentes de la misma, de diferente naturaleza, temperamento y carácter que son la teoría de Cloninger y Washington (1996) y la teoría de Lluís-Font (2005).

Para Cloninger la "evitación del daño", la "búsqueda de novedad", la "dependencia del refuerzo" y la "persistencia" son rasgos propios del temperamento; mientras que la "auto dirección", la "competitividad" y la "auto trascendencia" son componentes del carácter. Cloninger utiliza, el concepto de carácter, como un componente necesario de la personalidad, al considerar que el temperamento describe, tan sólo, las disposiciones biofisiológicas, y que el carácter nos aporta las disposiciones socio-culturales.

Según Cloninger la diferencia, entre uno y otro componente de la personalidad, estaría en que el temperamento describe la base de las conductas observables, en

todos los seres vivos, necesarias para su supervivencia, defensa, relación y reproducción; mientras que el carácter fundamentaría conductas tan sólo específicas del ser humano, por poner de manifiesto la intencionalidad (voluntad) del mismo.

Según Lluís-Font, la Personalidad esta formada por dos dimensiones una que denomina temperamento y la otra que denomina carácter. En su modelo, se pueden considerar tres componentes del temperamento: "ansiedad" que corresponde al Neuroticismo del modelo de Eysenck, "hostilidad" que corresponde al modelo de Psicoticismo de Eysenck, y "extraversión" que corresponde al modelo de Introversión-Extraversión de Eysenck, y dos componentes basados en el carácter, uno de "autocontrol" y el otro de inteligencia que denomina "intelecto", para diferenciarla de la inteligencia como capacidad.

La "Teoría de la Red de Sistemas" propuesta por Lluís-Font, necesita explicitar la naturaleza de los sistemas verticales y horizontales que la constituyen. Desde una Psicología de los procesos, se han establecido dos grandes procesos, claramente diferenciados, entre la estimulación y la respuesta. El primero ha venido en denominarse proceso impresión y el segundo se ha denominado proceso de ejecución (Hintzman, 1978) Los sistemas horizontales, propuestos por Lluís-Font, se refieren a los procesos de impresión, o sea a las dos formas de obtener información de que disponemos los seres humanos, una capaz de tratar con los elementos materiales a través de señales y la otra con los elementos simbólicos por medio de signos. Aplicando la teoría de Tous (1986) a la diferencia entre temperamento y carácter, propuesta por Lluís-Font, constatamos que el temperamento trata con la información mediante señales y por ello esta presente no sólo en el ser humano, sino en todos los mamíferos, por lo menos; en cambio el carácter trata tan sólo con la información mediante signos y por ello se da sólo en los humanos. Los sistemas verticales hacen referencia, de forma muy pormenorizada, a los tres grandes sistemas de respuesta del ser humano que son el afectivo, el mental y el motor, además del biofisiológico corporal. Estos sistemas verticales describen los procesos de ejecución, en los que están implicados, la selección de respuesta, la toma de decisiones y el control motor, según cada proceso de impresión. Así, por ejemplo, la forma de percibir propia del neuroticismo esta presente tanto en la respuesta emotiva, como en la respuesta cognoscitiva, como en el gesto y la postura.

La aportación más relevante de la Teoría de la Red de Sistemas consiste en desplazar el énfasis en la respuesta,



al considerar los rasgos de personalidad, para poner la atención en la percepción y con ello conseguir que una teoría de la Personalidad, pensada tan sólo para una Psicología de la ejecución, pueda ampliarse a una Psicología de los procesos. La extraversión, u otro de los rasgos de personalidad, confieren información no sólo de las diferentes formas posibles de ejecución, sino también de las diferentes formas posibles de percepción.

Otra aportación interesante de la Teoría de la Red de Sistemas, consiste en que supera el denominado por W. Stern: "psicodiagnóstico monosintomático", ya que propone la evaluación de las diferentes dimensiones de personalidad a través de diferentes sistemas de respuesta individual, cumpliendo con la petición de que "antes de hacer cualquier inferencia relativa a la personalidad conviene estudiar la misma, según los diferentes medios de expresión (Stern, 1932).

Tenemos, por consiguiente, que una interpretación de los modelos de Personalidad, basados en dos componentes de la misma, de diferente naturaleza: biofisiológica para el temperamento y sociocultural para el carácter, consistiría en considerar que algunas características propias de cada persona como por ejemplo los elementos de personalidad: "Extraversión-Introversión", la "dependencia del refuerzo", el "Neuroticismo", la "evitación del daño"; el "Psicoticismo", la "búsqueda de novedad", y la "persistencia" denominan diferentes estrategias de interactuar con el medio y adquirir una "impresión" a partir de las señales presentes en el mismo.

Las características individuales de personalidad como: la "auto dirección" o "autocontrol", la "competitividad", la "auto trascendencia" y el "intelecto" corresponden a diferentes sistemas de procesamiento de la información simbólica, ya que los procesos de impresión que ponen de manifiesto cada uno de ellos, dependen de la significación cultural.

f) La conación fundamento del carácter.

El carácter, según Mira, es el factor de mayor importancia respecto a todos los demás, para la descripción de la personalidad. Esta afirmación la fundamenta en dos cuestiones.

1ª.- Por una parte, en considerar el carácter como la manifestación del factor de personalidad conativo. La conación tiene para Mira el mismo significado que le han dado a esta palabra los psicólogos anglosajones y que consiste en considerar que sirve para denominar una "pre-acción", ya que describe el paso de un sentimiento a un acto de conducta.

Desde que la persona desea algo hasta que lo consigue, se suceden una serie de cambios somáticos, en los centros motores que controlan las vías eectoras del sistema nervioso, detectables en los haces musculares lisos y estriados que se convierten en "in-tensiones" o tensiones internas que determinan una postura somática y mental o actitud.

Esta actitud favorece la elaboración de un plan de acción o propósito, observable por la elaboración de actos motrices implícitos, previos o preparativos de la conducta final proyectada. Toda esta predisposición para la conducta es motora y a veces se manifiesta, independientemente de la conducta final para la cual se generan, mediante una sonrisa o un estremecimiento que no depende de ningún estímulo, sino que es sólo la expresión de su existencia.

2ª.- Si considerásemos el carácter tan sólo como el resultado de la interacción entre los factores endógenos y los factores exógenos, esta concepción del carácter sólo serviría para describir la conducta externa o directamente observable de la persona y por ello, según Mira, sin contar con la definición del carácter como conación, nos quedaríamos sin una explicación de toda aquella conducta que queda "dentro o mejor detrás de nuestra frente" como un proceso de acción detenido y que constituye la conducta interna del sujeto, o disposición.

Para Mira, el aparente sin sentido entre la forma de hacer habitual y la forma de hacer accidental de una persona que puede llevar a convertirla en un delincuente, se explicaría por un desequilibrio entre las tendencias de conducta generadas por los factores endógenos y su integración, o no, ante determinados factores exógenos actuales.

Mira considera que las tendencias de conducta heredadas, o endógenas, son observables a través de la tarea realizada con la mano no dominante, mediante su método de exploración miokinético (Mira, 1951) y que el resultado, adaptativo o no, de estas tendencias de conducta, se podría observar a través de la tarea realizada con la mano dominante, también mediante su método de exploración miokinético, ya que en esta mano se evidencia la conducta adquirida.

Para Mira, el carácter es la denominación que recibe el resultado de la interacción del temperamento con el medio. Esta interacción nos pone de manifiesto el componente conativo de la personalidad, del mismo modo que el temperamento nos pone de manifiesto el componente disposicional de la misma. Mira define la conación como una "pre-acción" que tiene lugar al relacionar la persona sus sentimientos con los actos de conducta explícita adecuados a la "satisfacción" de aquel sentimiento.

La conación estaría constituida por in-tensiones que se



manifestarían por cambios, apenas perceptibles, en el sistema motor, encaminados a la preparación de la respuesta pertinente a nuestra intención. Mediante la experimentación es posible observar estos cambios imperceptibles en las vías eectoras del sistema nervioso y su efecto en los músculos lisos y estriados. Para Mira, la interacción entre los factores de origen endógeno, o heredados y exógeno, o propios de la situación presente, en la persona, se realiza mediante la conación, confiando la volición el fundamento del carácter.

g) Dimensiones de la dinámica de la Personalidad.

La noción dinámica de la Personalidad, o sea aquella referida a sus estadios evolutivos de desarrollo individual, tiene especial interés, ya que es necesaria, para abarcar el concepto de conducta anormal, relacionado con la personalidad.

No existe ninguna teoría de la personalidad, en la actualidad, que distinga tres componentes de la personalidad, como la teoría de Mira, al sustentarse en: Temperamento, Biografía y Carácter. A no ser que por simple analogía nos recuerden el modelo freudiano de *id*, *super-ego* y *ego*. El carácter, al ser considerado por Mira como cambio que experimenta la persona, resultante de su interacción con el medio en que vive, se convierte en el mecanismo del desarrollo individual que convierte el modelo de Mira en un modelo de la personalidad humana evolutivo, con validez para describir a la persona como un ser en desarrollo y por ello, consideramos que ninguna de las teorías de la personalidad, nos aporta una explicación necesaria y suficiente de un ser humano evolutivo, como lo hace la teoría de Mira.

Para Mira, el concepto de dinámica de la personalidad se basa en que existen tres posiciones frente a la realidad que comportan conducta anormal y define la conducta normal como aquella, resultado de la utilización adecuada de las tres posiciones que por si mismas generan falta de versatilidad conductual y con ello escasa autonomía personal, individual. Posiblemente cada una de estas posiciones sea más propia de una edad particular; pero también depende de cada cultura, por lo que no puede generalizarse. Aunque existen datos aislados de prevalencia, difícilmente se puede atribuir a un género u otro, cada una de estas posiciones, ya que además de la interacción con los factores culturales, debe tenerse en consideración la interacción con los factores biológicos sexuales.

Mira denomina a estas tres posiciones a) subjetivo – autista, b) mixta: subjetivo – objetiva, y c) objetiva – ingenua. Observamos en la primera (a) una tendencia al

propio mundo interno que pondría de manifiesto una alta introversión que fundamentaría los trastornos esquizoide, obsesivo – compulsivo y negativista, sensible. En la segunda (b), constatamos una tendencia alternante entre el propio mundo interno y el mundo externo que pondría de manifiesto un alto maquiavelismo que fundamentaría la paranoia, el histrionismo y la conducta antisocial. En la tercera (c), se describe una tendencia al mundo externo que pondría de manifiesto un objetivismo (realismo) ingenuo que se manifestaría por alta impulsividad que fundamentaría las personalidades límite, cicloides y epileptoides, y esquizotípicas.

Dado que la personalidad desde un punto de vista estático esta constituida, según Mira, por tres componentes: el Temperamento, lo heredado; la Biografía, lo adquirido de un medio determinado; el Carácter, o resultado dinámico de la interacción entre temperamento y situación, nosotros consideramos que Mira toma como base, para el planteamiento del desarrollo de la personalidad, el carácter, definido como conación, entre los elementos endógenos (necesidades) y exógenos (deseos) que constituyen la persona.

Así, la posición subjetivo-autista correspondería con un predominio de los elementos endógenos en detrimento de los elementos exógenos que se manifestaría tanto en los procesos de impresión (subjetivismo) como en los procesos de ejecución (autismo).

De modo parecido, la posición objetiva –ingenua nos pondrá de manifiesto un predominio de los elementos exógenos por encima de los endógenos que se manifestara como objetivismo en los procesos de impresión y como ingenuidad en los procesos de ejecución.

Finalmente, la posición mixta refiere a unos procesos de impresión subjetivos que alternan con procesos de impresión objetivos, provocando unos procesos de ejecución que pueden ser autistas e ingenuos alternativamente. En esta posición, tanto los elementos endógenos como los elementos exógenos dan contenido a la percepción. No existe en esta posición una integración entre la forma de ser, o temperamento y la situación, como si ambos se diesen en paralelo. Los procesos de ejecución dependen, entonces, del proceso de impresión predominante.

h) Conducta expresiva versus conducta adaptativa.

La personalidad como resultado de un temperamento, una biografía (experiencia) y un carácter se manifestará como el componente expresivo que confiere individualidad al componente adaptativo de la conducta. Allport (1958), en el prólogo que escribe para la edición ingle-



sa del *Myokinetic Psychodiagnosis* (M.K.P.), señala que es difícil separar los aspectos expresivos del movimiento de los aspectos adaptativos y que el método del diagnóstico Miokinético, del Profesor Mira, (Mira, 1951) es ingenioso al conseguir evitar completamente esta falta de discriminación y aportarnos tan sólo información del componente expresivo de la conducta.

En este mismo trabajo, Allport justifica el escaso desarrollo de los métodos expresivos, en comparación con el avance de los métodos proyectivos en USA, en parte por falta de teorías que guíen la investigación empírica, en parte por el peligro de caer en la charlatanería de la fisiognomía y de la grafología, y en parte porque los estudios empíricos en esta área son difíciles de ejecutar.

Allport (1963) al describir dos aspectos diferentes de la conducta, puso de manifiesto que el aspecto expresivo de la conducta es el vehículo de las habilidades emocionales y que el aspecto adaptativo de la conducta es el vehículo de las habilidades sociales. Para este autor, todo ser humano dispone en su repertorio conductual de ambos tipos de conducta.

Nosotros preferimos plantear que en toda conducta individual es posible analizar el componente expresivo y el componente adaptativo de la misma, ya que, según el mismo Allport, se dan tres nociones distintas de expresión y no todas ellas describen la misma como la manifestación de la propia forma de ser de la persona en su conducta.

Así tenemos el concepto de expresión en los animales y humanos, presentado por Darwin, como manifestación de la vivencia de emociones por parte de los mismos. Esta forma de entender la expresión conduce a la observación de conductas simplemente emocionales, sin contenidos adaptativos.

También entendemos como expresión el nivel de comunicación, de información que se manifiesta a través de toda conducta, sea oral, escrita, baile, música etc. En este caso, la expresión consiste en la intención que conferimos a la conducta de los demás.

Por último, tenemos el significado de expresión, como manifestación de la forma de ser individual e idiosincrática de cada persona que se manifiesta como un mensaje más, a través de todas las conductas del mismo.

El componente adaptativo de la conducta nos pone de manifiesto todo lo aprendido y por consiguiente puede ser común a diferentes personas. La conducta adaptativa se adquiere por aprendizaje vicario, responde siempre a objetivos externos a la persona y se perfecciona o estropea con la práctica.

Aunque se pueda hablar sólo de conducta expresiva al re-

ferirse a las emociones, no podemos considerar la conducta, sin tener en cuenta que en la misma esta tanto el componente expresivo como el componente adaptativo. El componente expresivo de la conducta es, como hemos dicho, tanto de naturaleza comunicativa como personal y, por consiguiente, es más permanente o estable que la expresión de una emoción. Por este motivo, consideramos al componente expresivo de la conducta el elemento básico para el estudio de la personalidad tanto normal como anormal.

REFERENCIAS

- Allport, G. (1958). Foreword in *Myokinetic Psychodiagnosis M.K.P.* New York: Logos Press.
- Allport, G. (1963). *Pattern and growth in personality.* New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Cloninger, R. C. & Washington, U. (1996). Assessment of the impulsive-compulsive spectrum of behavior by the seven-factor model of temperament and character. In J.M. Oldham, E. Hollander, A. Skodol, (Eds.), *Impulsivity and Compulsivity.* Washington: A. P. A.
- Endler, N.S. & Magnusson, D. (1976). *Interaccional psychological and Personality.* Washington, D.C.: Hemisphere Publish, Inc.
- Espinás, J.M. (2007). *A peu per l'Alt Camp.* Barcelona: La Campana
- Eysenck, H.J. (1947). *Dimensions of Personality.* New York: Praeger
- Hintzman, D. L. (1978). *The psychology of Learning and Memory.* San Francisco: W. H. Freeman & Company
- Kagan, J. (2005). A time for Specificity. *Journal of Personality Assessment, 85* (2), 125- 127.
- Lledó, E. (1984). *El epicureísmo.* Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.
- Lluís-Font (2005). *Mente y Personalidad.* Madrid: Cátedra
- Michotte, A., (1950). The emotions regarder as functional connections. En M. L. Reymert (Ed.), *The International Symposium on feelings and emotions.* New York: McGraw Hill.
- Mira, E. (1932). *Manual de Psicología Jurídica.* Barcelona: Salvat
- Mira, E. (1959). *Psicodiagnóstico Miokinético (PMK)* Buenos Aires: Ed. Paidós (Ed. Original en Francés P.U.F., 1951)
- Stern, W. (1932). Ausdruck und Leistung. En Prinshorn. *Die Wissenschaft von leben und Geist.* Leipzig. Barth.
- Tous, J.M. (1986). *Psicología de la Personalidad.* Barcelona: P. P. U.
- Turró, R., (1923). *Els orogens del conèixement: La Fam.* Barcelona: Edicions 62.