

## 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.

**E**n 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"> <li>✓ Diabetes Mellitus</li> <li>✓ Hipertensión</li> <li>✓ Enfermedad cardiovascular</li> <li>✓ Asma</li> <li>✓ Situaciones de dolor agudo y crónico</li> <li>✓ Insomnio</li> <li>✓ Obesidad</li> <li>✓ Trastornos gastrointestinales</li> <li>✓ Cáncer</li> <li>✓ SIDA</li> </ul>

- 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 su 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](http://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](http://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.