

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSICOLOGÍA Y PSICOFARMACOLOGÍA



EXPERIENCIA NORTEAMERICANA, PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS POR PSICÓLOGOS
REQUISITOS LEGALES - PROGRAMAS DE POSTGRADO EN PSICOFARMACOLOGÍA

Sección monográfica

- 65. PRESENTACIÓN: PSICOLOGÍA Y PSICOFARMACOLOGÍA**
Mark Muse
- 66.** Psicología y Psicofarmacología: Compañeros naturales en la atención sanitaria holística.
Gary Wautier y Anton Tolman
- 77.** Historia breve del programa postdoctoral M.S. en Psicofarmacología Clínica de la Universidad Fairleigh Dickinson.
Robert E. McGrath
- 84.** La colaboración entre pediatras y psicólogos en el diagnóstico y Tratamiento de niños con TDAH.
George M. Kapalka
- 89.** Crónica desde el campo de batalla: La lucha en curso en Hawai y Luisiana por la obtención de la capacidad legal de prescribir para los psicólogos.
Pat DeLeon y Jim Quillin
- 93.** Estado de California: Proyecto de Ley número SB 993, sobre la prescripción de psicofármacos por Psicólogos Clínicos

Otras aportaciones

- 97.** La activación conductual y la desmedicalización de la depresión.
Marino Pérez Álvarez
- 111.** Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿avance terapéutico o más de lo mismo?.
Héctor González-Pardo
- 117.** La multidimensionalidad de la esquizotipia a revisión.
Eduardo Fonseca-Pedrero, José Muñiz, Serafín Lemos-Giráldez, Eduardo García-Cueto, Ángela Campillo-Álvarez y Úrsula Villazón García
- 127.** Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia.
Carol Palma Sevillano, Núria Farriols Hernando, Jordi Cebrià Andreu y Jordi Segura Bernal

Special Section

- 65. INTRODUCTION: PSYCHOLOGY AND PSYCHOPHARMACOLOGY**
Mark Muse
- 66.** Psychology and Psychopharmacology: Natural Partners in Holistic Healthcare.
Gary Wautier and Anton Tolman
- 77.** A Brief History of the Fairleigh Dickinson University Postdoctoral M.S. Program in Clinical Psychopharmacology.
Robert E. McGrath
- 84.** Pediatrician/Psychologist Collaboration in the Diagnosis and Treatment of Children with ADHD.
George M. Kapalka
- 89.** Dispatch from the Battle Field: Hawaii's and Louisiana's Ongoing Struggles for Prescription Authority for Psychologists.
Pat DeLeon and Jim Quillin
- 93.** State of California: Bill number SB 993 allowing psychologists to prescribe Psychotropic medication.

Regular articles

- 97.** Behavioural activation and de-medicalization of depression.
Marino Pérez Álvarez
- 111.** Effectiveness of modern antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders: therapeutic progress or more of the same?.
Héctor González-Pardo
- 117.** Multidimensionality of schizotypy under review.
Eduardo Fonseca-Pedrero, José Muñiz, Serafín Lemos-Giráldez, Eduardo García-Cueto, Ángela Campillo-Álvarez and Úrsula Villazón García
- 127.** Motivational intervention in the initial phase of schizophrenia.
Carol Palma Sevillano, Núria Farriols Hernando, Jordi Cebrià Andreu and Jordi Segura Bernal

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

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

Consejo Editorial

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

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

Consejo Asesor

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

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

Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

Redacción, administración y publicidad

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

Impresión

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

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 28 Vol. 2 de Papeles del Psicólogo se han editado 49.200 ejemplares.
Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

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

<http://www.cop.es>

Prescripción



uando el Dr. Lemos me encargó que recogiera los artículos relevantes para dedicar una sección monográfica de Papeles del Psicólogo al movimiento para conseguir el derecho a que los psicólogos puedan recetar medicamentos, mi primera impresión fue “¿Cómo comunicar a los psicólogos fuera de los Estados Unidos la complejidad de un movimiento que tiene una historia de décadas y que no solamente ha evolucionado durante todo ese tiempo sino que está cambiando mientras escribo estas líneas?”.

Lo cierto es que las fuerzas sociales que empujan este movimiento son multitudinarias, y para cada viento a su favor hay una ráfaga en contra. Sin embargo, el movimiento para poder prescribir psicofármacos en la profesión de psicólogo crece en tales proporciones que deja de ser un fenómeno puramente americano y comienza a tener sus ecos internacionales.

A ver, ¿dónde empezar?. Hace años que la psiquiatría no da abasto, y la lista de pacientes esperando una visita con el psiquiatra crece cada año, resultando en la necesidad de derivar la mayoría de los casos psiquiátricos al médico de cabecera. En los mejores de estos casos el paciente encuentra a un médico que intenta diagnosticar y tratar enfermedades fuera de su especialidad y, en el peor de los casos, por ejemplo en las comunidades rurales, el paciente no encuentra médico alguno. En contraste, hay psicólogos dispuestos y disponibles a tratar pacientes con todos los diagnósticos psiquiátricos; y un creciente número de ellos se han “reciclado” para poder recetar medicamentos, cursando varios años de formación de postgrado que superan en sí la preparación médica de los mismos psiquiatras en materia psicofarmacológica. La falta de psiquiatras, especialmente psiquiatras infantiles, no es sólo un fenómeno de los Estados Unidos, sino es más bien global. Un ejemplo lo es Francia, donde el 80% de los psicofármacos son recetados por médicos de cabecera (Le Monde, 29.06.06)¹; la preparación de psicólogos para rellenar este vacío y hacer frente a las necesidades de millones de pacientes psicológicos/psiquiátricos comienza a ser un movimiento que supera un solo país.

Dicho movimiento se hizo público en 1984 cuando el senador de Hawaii, Daniel Inouye, instó a los psicólogos a prepararse para poder responder a la demanda creciente de psicofármacos. La American Psychological Association (APA) respondió en 1989 adoptando la posición oficial de que los psicólogos están particularmente preparados para diagnosticar y tratar enfermedades psíquicas y, con una preparación adicional, son expertos en recetar los fármacos relevantes al tratamiento de síndromes emocionales. A continuación, la APA desarrolló el currículo necesario para preparar al psicólogo en la especialidad de psicofarmacología. Por consiguiente, diferentes facultades de Psicología, en colaboración con facultades de farmacia, definieron estudios posgraduados que conforman a los criterios especificados por la APA. Al mismo tiempo, el Departamento de la Defensa Norteamericana inició un programa homogéneo de formación para los psicólogos, y los Estados de New Mexico y Louisiana y en el Territorio de Guam aprobaron legislación que autoriza a psicólogos con estudios posgraduados en psicofarmacología a recetar. En este momento hay casi una cincuentena de psicólogos autorizados a recetar en los Estados Unidos, y entre ellos se han prescrito miles de recetas médicas sin incidente alguno. Hay cientos de otros psicólogos que están cursando los necesarios años posgraduados para obtener el título de “psicólogo médico”, una nueva especialidad en la profesión de psicología.

Mark Muse, colegiado
American Society for the Advancement of Pharmacotherapy
www.Division55.org

¹ Véase también: *American Journal of Psychiatry* (volumen 163, nº 7, 2006) “Changing Profiles of Service Sectors Used for Mental Health Care in the United States”, en el cual se remarca que la mayoría de los norteamericanos reciben cuidados profesionales para problemas de salud mental de su médico de cabecera, y que cada vez más hay un incremento en el uso de fármacos y un descenso en la utilización de la psicoterapia.

* Los originales en inglés de esta sección se pueden consultar en la página Web: <http://www.cop.es/papeles>



PSICOLOGÍA Y PSICOFARMACOLOGÍA: COMPAÑEROS NATURALES EN LA ATENCIÓN SANITARIA HOLÍSTICA

PSYCHOLOGY AND PSYCHOPHARMACOLOGY: NATURAL PARTNERS IN HOLISTIC HEALTHCARE

Gary Wautier* y Anton Tolman**

*Marquette General Health System. **Utah Valley State College

El "movimiento de la prescripción", relativo a los psicólogos que reclaman la capacidad legal de prescribir psicofármacos en los Estados Unidos, no es un fenómeno nuevo. Durante aproximadamente 25 años, los psicólogos y otras personas ajenas interesadas han estado reclamando este movimiento hacia los privilegios prescriptivos. Los representantes electos de la psicología profesional han apoyado constantemente esta ampliación de la práctica; una mayoría aplastante de los votos han respaldado el desarrollo de modelos de formación y legislación para que los psicólogos con formación avanzada puedan prescribir. Desde 1994, los psicólogos han estado prescribiendo de forma activa en el ejército sin ningún resultado negativo significativo, y con evidencias de que están ejerciendo de forma más holística que sus colegas psiquiatras. De la misma forma, datos más recientes sobre los psicólogos que prescriben en Nuevo México, Louisiana o Guam demuestran que los éstos pueden hacerlo de forma eficaz y segura, dentro de un modelo biopsicosocial de salud. Es particularmente interesante que la probabilidad de que los psicólogos prescriban es de 8 a 10 veces menor que la de los médicos, para la misma gravedad y tipo de trastorno mental. Los psicólogos han empezado a demostrar que un verdadero enfoque biopsicosocial, que implica psicoterapia, evaluación psicológica, y enfoques psicosociales, es viable y efectivo para el tratamiento de la enfermedad mental. Los psicólogos que prescriben ven la medicación psicotrópica sólo como una opción dentro de muchas, permitiendo una mayor flexibilidad e implicación del paciente en su elección. Se han demostrado importantes reducciones en el coste de la asistencia sanitaria y se prevé que continúe gracias a este enfoque holístico de la salud mental. Esta ampliación de la práctica tiene grandes expectativas y debería ser aprovechada para fomentar el aumento en el acceso a tratamientos rentables y la mejora de la calidad de la asistencia en salud mental.

Palabras clave: Movimiento de la prescripción, capacidad legal para prescribir, programa postdoctoral en Psicofarmacología

The "prescription movement", involving psychologists gaining prescriptive authority in the United States, is not a new phenomenon. For approximately 25 years, psychologists and outside interested parties have been calling for this movement toward prescriptive privileges. The elected representatives of professional psychology have consistently supported this expansion of practice; voting has overwhelmingly endorsed the development of training models and legislation to enable psychologists with advanced training to prescribe. Since 1994, psychologists have been actively prescribing in the military with no significant negative outcomes and with evidence that they are practicing in a more holistic manner than psychiatric colleagues. Likewise, more recent data for psychologists prescribing in New Mexico, Louisiana, or Guam demonstrate that psychologists can prescribe effectively, and safely, within a biopsychosocial model of healthcare. Of particular note is that psychologists are 8 to 10 times less likely than physicians to prescribe for the same severity and type of presenting mental health conditions. Psychologists have begun to demonstrate that a true biopsychosocial approach, involving psychotherapy, psychological testing, and psychosocial approaches to treating mental illness is viable and effective. Prescribing psychologists view psychotropic medication as only one treatment option among many, permitting increased flexibility and involvement of patient choice. Marked reductions in healthcare cost have been demonstrated and are anticipated to continue due to this holistic approach to mental healthcare. This expansion of practice shows great promise and should be embraced to nurture increased access to cost-effective care and improved quality of mental health care.

Key words: Prescription movement, prescriptive authority, psychopharmacology postdoctoral program

MIRANDO ATRÁS: LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA Y LA PSICOFARMACOLOGÍA

Cuando se plantea en los Estados Unidos el tema de la campaña de la psicología para obtener la capacidad legal de prescribir existen varias reacciones comunes. La población general se sorprende a menudo porque la ma-

yoría de las personas asumen que los psicólogos ya prescriben medicamentos, en parte porque confunden a los psicólogos y a los psiquiatras y en parte porque ven a los psicólogos como profesionales sanitarios formados, como los médicos, y suponen que esto significa que ejercen la capacidad legal de prescribir. En este campo, algunos psicólogos de más edad tienden a creer que este es un movimiento reciente, más bien una moda, y que pronto desaparecerá; aunque en los últimos años esta reacción

Correspondencia: Gary Wautier. 580 W. College Ave. Marquette, MI. 49855, USA. E-mail: gwautier@juno.com

ha disminuido debido a los avances realizados en Estados como el de Nuevo México y Louisiana. Una minoría de los psicólogos muestran una reacción muy negativa, similar a la que hace varias décadas tuvieron algunos psicólogos cuando se proponía que los éstos podrían realizar psicoterapia, además de los psicodiagnósticos. Estos psicólogos ven la medicación como a la “enemiga” de la terapia y les preocupa cómo prescribir medicación podría alterar la identidad y la disciplina de la Psicología. Los psicólogos jóvenes, en los últimos años de carrera o recientemente titulados, reaccionan en su mayoría con emoción y sintiendo la posibilidad de tener un futuro como proveedores de una sanidad holística e integrada.

Al repasar lo que se ha denominado “el movimiento prescriptivo” en los Estados Unidos, es importante darse cuenta de que la historia de la psicofarmacología y el camino hacia la obtención del privilegio para prescribir en la psicología de USA no es un fenómeno nuevo. Esta historia nos ayuda a comprender cómo los psicólogos podrían ser auténticos proveedores de una sanidad holística trabajando desde un verdadero modelo biopsicosocial, y también nos ayuda a entender que las demandas de extensión de esta práctica han venido desde personas, no tituladas en psicología, interesadas e implicadas en la calidad de los cuidados en salud mental en América.

La reclamación de la capacidad legal de prescribir de los psicólogos estadounidenses empezó en noviembre de 1984, en la convención anual de la Asociación Hawaiana de Psicología (HPA). En esa convención, el senador estadounidense, Daniel Inouye, alentó a los miembros de la HPA a que reclamasen la capacidad legal de prescribir para los psicólogos. La preocupación y el impulso del senador eran hacia la mejora de la prestación de los cuidados en salud mental en las zonas rurales de su Estado. No siendo psicólogo, el senador Inouye estaba respondiendo al inadecuado sistema de asistencia existente; veía a los psicólogos como profesionales formados que podían proporcionar un servicio público valioso al incrementar la disponibilidad de un cuidado en salud mental comprensivo y de calidad. En 1985, Richard Samuels, presidente de la División 42 (Práctica Independiente) de la Asociación Americana de Psicología (APA) también alentó a reclamar la capacidad legal de prescribir para los psicólogos para poder mejorar el acceso a la atención en salud mental. Estos acontecimientos demuestran que estaba aumentando la concienciación, tanto legislativa como profesional, de las formas potenciales en que los psicólogos con capacidad para prescribir podían mejorar la salud mental. Siguiendo esta tendencia, en el año fiscal 1989, el

Congreso de los Estados Unidos destinó dinero para fundar el Proyecto de Defensa de la Psicofarmacología (*Psychopharmacology Defense Project*, PDP).

El PDP fue esencialmente un esfuerzo de investigación; el Congreso creía que había una necesidad significativa de mejorar el acceso de su personal a los servicios psiquiátricos, incluyendo la utilización de medicamentos. El propósito de la PDP era probar o evaluar si los psicólogos podían ser entrenados adecuadamente para proporcionar estos servicios, de forma rentable, a militares estadounidenses. A pesar de que ha habido cierto debate sobre el coste del programa de formación (ver Vector Research, Inc., 1996; U.S. General Accounting Office, 1997; American College of Neuropsychopharmacology, 2000), no hay ningún desacuerdo respecto a los informes de investigación sobre la efectividad clínica de los titulados del PDP. El programa de formación del PDP original era una versión corta de la formación de la Facultad de Medicina. Basándose en el *feedback* de los titulados del PDP, este programa de formación fue más tarde acortado y modificado para ajustarse mejor a una perspectiva más biopsicosocial (ver más adelante, para más detalles).

Aquellos, pertenecientes al campo, que se oponen a la ampliación de la práctica han intentado argumentar que la mayoría de los psicólogos no apoyan tal movimiento. Esta conclusión es errónea. En 1989, la Asociación Americana de Psicología (APA) respaldó la investigación, y apoyó el desarrollo de programas de formación, para proporcionar los métodos más apropiados y efectivos para que los psicólogos pudieran prescribir de forma segura. Esta fue la mayor prioridad de la APA. En el Consejo de los Representantes de la APA 118 frente a 2 votaron a favor de establecer un grupo de trabajo para la psicofarmacología, un aplastante margen de apoyo. Además, en parte basándose en los datos procedentes del PDP, el grupo de trabajo anunció, en 1992, que la formación era factible y que esta formación conseguiría crear un “nuevo profesional sanitario” con potencial para mejorar de forma espectacular el cuidado de los pacientes y los nuevos avances en tratamiento. Se propusieron tres niveles de formación en donde sólo los psicólogos que completaban el máximo nivel podían prescribir independientemente. Siguiendo los resultados positivos preliminares del PDP, Indiana, en 1993, permitió que titulados formados federalmente pudieran ejercer en ese Estado. En 1994, se titularon los primeros psicólogos en el programa del PDP (Cullen y Newman, 1997).

En respuesta a estos acontecimientos, el Consejo de Representantes de la APA, el cuerpo con mayor poder deci-

sorio de la asociación, aprobó la psicofarmacología para psicólogos en 1995 y reclamó un modelo de la legislación y la puesta en práctica del currículo de formación. Posteriormente, en 1996, el Consejo de la APA adoptó un currículo modelo y un proyecto de ley. Asimismo, en 1997, el Consejo de la APA solicitó que el Colegio de Psicología Profesional desarrollara un examen a nivel nacional, para asegurar la constancia en los conocimientos básicos de los psicólogos formados y para permitir que las juntas de los Estados solicitasen esta certificación mínima nacional para tener derecho a prescribir. Superar este examen aumenta la credibilidad de la formación para psicólogos que pueden prescribir. Este examen estaba preparado en el 2000 y ha sido incorporado en los estatutos de ley que autorizan a los psicólogos a prescribir tanto en Nuevo México como en Louisiana (Munsey, 2006). La organización de estudiantes postgraduados de la APA (APAGS), que representan el futuro de la profesión, en 1998 apoyó formalmente la posición de la APA respecto a los privilegios de los psicólogos para prescribir, y la organización continúa informando a estudiantes sobre esta opción futura para la práctica psicológica (Williams-Nickelson, 2000).

Estos acontecimientos proporcionaron la base para que a los psicólogos se les otorgase la capacidad legal de prescribir. En el territorio americano de Guam, la asamblea legislativa invalidó un veto del Gobernador en 1998 para proporcionar a los psicólogos derecho a prescribir limitado. En enero de 1999, los psicólogos en Guam habían obtenido la capacidad legal de prescribir medicación psicotrópica bajo supervisión de un médico (*Allied Health Practices Act*, 1998). El Gobernador de Nuevo México, Gary Jonson, firmó una ley en marzo de 2002, que proporcionaba a los psicólogos la capacidad legal de prescribir; la Gobernadora de Louisiana, Kathleen Blanco, firmó la ley de autorización a los psicólogos para prescribir en mayo de 2004 (Holloway, 2004).

Los esfuerzos para expandir la capacidad legal de prescribir de los psicólogos continúan en jurisdicciones adicionales en Estados Unidos. Una revisión reveló que, en 2002, ya se habían desarrollado grupos de trabajo para prescribir en por lo menos 31 Estados, 13 Estados habían introducido legislación para permitir a psicólogos prescribir, y se habían desarrollado 11 programas de formación a nivel nacional (Daw, 2002).

Muy recientemente, en el año 2006, la Asociación Hawaiana de Psicología y sus aliados estuvieron cerca de aprobar un proyecto de ley para autorizar a los psicólogos a prescribir en ese Estado. El proyecto original fue aprobado por la comisión de salud del senado Hawaia-

no, pero fue diferida al Comercio del Senado, la Protección del Consumidor y la Comisión de Vivienda. El compromiso era una resolución legislativa que requería que la comisión de investigación de la asamblea presentara un informe sobre el currículo y el tema de la seguridad de los psicólogos que prescriben, que evaluara el rendimiento de los graduados del PDP, y que examinara la experiencia en Louisiana y Nuevo México. El informe deberá ser entregado a la asamblea de Hawai para el año 2007 (Munsey, 2006). En particular, el proyecto original tenía el apoyo del presidente de la comisión de salud del senado (que no es psicólogo), y de la Asociación Hawaiana de Atención Primaria, la cual publicó artículos de prensa a favor del proyecto. Además, médicos de atención primaria y directores médicos que trabajan en clínicas de salud comunitarias testificaron a favor del proyecto, centrándose las discusiones en el acceso inadecuado a la atención en salud mental en muchas partes de Hawai. Está claro que la necesidad de servicios existe, y que muchos profesionales no pertenecientes al campo de la Psicología, así como aquéllos dentro de este campo, ven esto como un paso importante en la mejora de la asistencia sanitaria.

Se están también realizando esfuerzos para conseguir la mejora de la asistencia sanitaria holística utilizando medios legales. En febrero de 2006, se presentó un pleito en el tribunal federal de Los Angeles, alegando que se está violando los derechos constitucionales de los pacientes en California al no recibir un trato constitucionalmente adecuado, debido a la incapacidad del Estado y del país de proporcionar atención psiquiátrica competente a pacientes que están en hospitales de salud mental estatales, en cárceles del condado y en centros de salud mental del condado. Tres querellantes, presuntamente dañados por el Estado de California, sostienen que no existe el número necesario de psiquiatras competentes y que nunca existirá, debido a que el número de psiquiatras en activo está en decadencia, ya que continúa percibiéndose como una especialidad poco atractiva entre los graduados de las Facultades de Medicina estadounidenses. El pleito le pide al tribunal enmendar una ley de Estado que prohíba a los psicólogos prescribir medicación. En particular, los demandantes piden que el Estado de California le otorgue a los psicólogos adecuadamente formados la capacidad legal de prescribir, como remedio para el problema de la accesibilidad al tratamiento en California. Permitir a los psicólogos adecuadamente formados prescribir medicación es la forma menos restrictiva en la que California puede proporcionar trata-

mientos constitucionalmente adecuados (*Walker, Jones, and Larson v State of California et al.*, County of Los Angeles, 2006). En la actualidad, este pleito continúa, pero el tribunal no ha tomado ninguna decisión (Howard Rubin, comunicación personal, 13 Septiembre, 2006).

La medicina organizada, y especialmente la psiquiatría, se han opuesto a que los psicólogos obtengan privilegios para prescribir. Durante décadas, la medicina organizada se ha opuesto sistemáticamente a la expansión de la práctica para profesionales sanitarios aliados, incluyendo a enfermeros, optometristas, podólogos y otros; de modo que, a la Psicología no le está ocurriendo nada que no le haya ocurrido a otras disciplinas en el pasado. Los argumentos utilizados por la medicina en contra de la expansión de la práctica de la Psicología, son asimismo tradicionales y repetitivos: que otorgar estos privilegios resultaría en daño a los pacientes y que si los psicólogos quieren practicar la medicina deberían ir a una Facultad de Medicina. Sin embargo, la historia médica nos sugiere que, aunque puede llevar tiempo, la medicina ha perdido sistemáticamente este tipo de peleas y se prevé que continúe esta misma tendencia.

Los motivos de preocupación en este campo son que, al aprender a prescribir, los psicólogos serán víctimas de las mismas fuerzas del mercado, que han provocado serias dudas en la población sobre el uso de medicación, la validez de los ensayos con medicamentos y la confabulación entre la investigación médica y las compañías farmacéuticas. Para ayudar a preparar a la profesión frente a estos temas y para empezar un diálogo temprano respecto a la utilización de la farmacoterapia, un grupo de trabajo de la División 55 de la APA elaboró un conjunto de borradores de directrices para la práctica, dirigidas a la práctica colaborativa e independiente de la farmacoterapia por parte de los psicólogos (McGrath, Berman, LeVine, Mantell, Rom-Rymer, Sammons, Stock, y Ax, 2005). Estas directrices fueron revisadas por la junta de la División 55 y aprobadas en junio de 2005, y ha finalizado recientemente el periodo abierto para comentarios. Tras la revisión de los comentarios, las directrices se someterán a la revisión de la APA donde podrían convertirse en legislación nacional. Entre otros comentarios, las directrices recomendaban que los psicólogos que colaboran o prescriben debieran seguir los siguientes principios generales:

- ✓ Suficiente formación y entrenamiento para ser competente.
- ✓ Auto-conciencia de las emociones y actitudes con respecto al uso de medicación.

- ✓ Conocimiento y formación en cómo enfrentarse a un subgrupo de efectos específicos de los medicamentos (ej., síndromes médicos, efectos culturales o genéticos, efectos debidos al sexo).
- ✓ Conocimiento de los efectos adversos potenciales.
- ✓ La evaluación y el tratamiento se consiguen específicamente a través de una perspectiva biopsicosocial y el tratamiento se considera un esfuerzo en colaboración con el paciente, y
- ✓ Sensibilidad a los temas de marketing y al sesgo potencial en la interpretación de la efectividad de los medicamentos por parte de las compañías farmacéuticas (McGrath et al., 2005).

ARGUMENTOS A FAVOR DE UN MODELO INTEGRADO DE ASISTENCIA SANITARIA

Los psicólogos son profesionales de la salud mental ampliamente formados, con un entrenamiento avanzado en el desarrollo humano, en los factores sociales y culturales que afectan al comportamiento, en psicoterapia y en evaluación psicológica. Además, aunque una extensa formación en psicofarmacología no es un requisito de los programas de doctorado en Psicología Clínica, el estudio de las bases biológicas del comportamiento es un requisito en todos los programas. Por regla general, tal formación implica una comprensión fundamental de neuroanatomía y del funcionamiento.

Por supuesto, la búsqueda de privilegios para prescribir por parte de los psicólogos requiere una amplia formación adicional. Además, muchos estudiantes de Psicología Clínica eligen varios cursos adicionales como la neuropsicología, neurociencia y psicofarmacología. Los estudiantes de doctorado de Psicología Clínica a menudo se embarcan en conseguir una amplia formación y experiencia clínica en los niveles pre y post doctorales en áreas como la neuropsicología y la psicología de la salud.

Mientras muchos psicólogos tienen bastantes conocimientos de psicofarmacología, así como de los factores fisiológicos que afectan a la psicofarmacología, sin haber tenido más formación formal que la experiencia y la formación pre y post doctoral, los psicólogos se enfrentan a un dilema relativo a la práctica. Durante muchos años, los psicólogos han estado "consultando" con médicos sobre el uso de la medicación psicotrópica; sin embargo, esto plantea el problema sobre la práctica más allá de la experiencia y la licencia de cada uno. Por eso, en el pasado, antes del desarrollo de los programas posdoctorales en psicofarmacología, algunos psicólogos también se convirtieron en farmacéuticos, o en enferme-

ros practicantes, para poder, de este modo, conseguir la capacidad de prescribir. Por consiguiente, a los psicólogos que deseaban prescribir se les exigía desarrollar experiencia en otros campos además de la Psicología. Se han dado varios acontecimientos importantes que han contribuido a la noción de que los psicólogos, con formación adicional en medicina y en psicofarmacología, deberían ser capaces de prescribir sin tener que añadir una profesión adicional a su educación.

La Psicología es la única profesión de atención en salud mental en la que la formación cualifica exclusivamente a Psicólogos para utilizar una amplia gama de psicodiagnósticos y tratamientos psicológicos, incluyendo la psicofarmacología si los psicólogos continúan con sus estudios posdoctorales y formación en psicofarmacología. La capacidad legal de prescribir destacará que los psicólogos tienen formación avanzada en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades mentales y que la formación de los psicólogos abarca una amplia gama de tratamientos psicológicos, no sólo psicoterapia y *counseling*. El énfasis de los psicólogos en la importancia de la amplia variedad de tratamientos psicológicos, en lugar de centrarse únicamente en la farmacoterapia, sólo aumentará la colaboración entre psicólogos y otros psicoterapeutas que buscan una consulta en psicofarmacología. Asimismo, la práctica de psicólogos que prescriben en el ejército indica que son mucho más conservadores que los psiquiatras en su práctica prescriptiva. Una revisión de la práctica profesional mostró que los psicólogos prescriben el 13% de las veces, optando en su lugar por otros tratamientos psicológicos, mientras que los psiquiatras prescriben más del 80% de las veces para la misma población de pacientes (Reeves, Hildebrandt, Samelson, Woodman, Ketola, Silverman y Bunce, n.d.). McGrath, Wiggins, Sammons, Levant, Brown y Stock (2004) indican que la medicina, y en menor grado la psiquiatría, han fracasado en atender las necesidades de las personas con una enfermedad mental porque todas menos una de las modalidades de tratamiento han sido rechazadas. Por consiguiente, a la mayoría de los pacientes se les prescribe medicación sin considerar si este representa el tratamiento óptimo. Las encuestas sobre los patrones de la práctica desarrollada por médicos sugieren que casi el 100% de los pacientes atendidos por depresión en atención primaria reciben medicación, siendo muy pocos de estos pacientes los que buscan otras formas de tratamiento, como la psicoterapia (National Depressive and Manic Depressive Association, 2000).

La Asociación Americana de Medicina (AMA) ha revelado que casi la mitad (46%) de los más de 40000 psiquiatras estadounidenses tienen 55 años o más, comparado con aproximadamente el 35% de todos los médicos estadounidenses. Por lo tanto, es posible que pronto deje de haber suficientes psiquiatras bien formados para cubrir las crecientes necesidades de las personas con problemas de salud mental. Aproximadamente el 80% de todas las medicaciones psicotrópicas son ahora prescritas por médicos no psiquiatras, con poca o ninguna formación en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades mentales o en el uso de medicación psicotrópica. La revisión del informe sobre la seguridad con la que prescriben los psicólogos actualmente en el ejército, en Louisiana y en Nuevo México, no deja lugar a dudas respecto a que los psicólogos pueden ser formados para prescribir de forma segura, a pesar de las advertencias sobre la seguridad de los pacientes que la psiquiatría ha lanzado durante los últimos 50 años contra la Psicología, cada vez que los psicólogos han intentado ampliar su práctica (Reeves, et al., n.d.).

En la actualidad, aproximadamente treinta y una asociaciones de Psicología estatales han establecido grupos de trabajo o comités para estudiar la viabilidad o hacer un borrador de la legislación en busca de los privilegios de los psicólogos con formación y educación apropiada en psicofarmacología para prescribir. Wiggins informó sobre una crisis en el tratamiento en salud mental en Arizona, debido a la escasez de especialistas en salud mental con capacidad para prescribir. Nos indica que se puede obtener un ahorro significativo en el coste utilizando profesionales de "servicio completo" para proporcionar ambas psicoterapia y psicofarmacología. Este tipo de atención de "servicio completo" es más eficiente que la actual "práctica habitual", que implica a un médico prescribiendo la medicación y a otro llevando la atención del paciente con psicoterapia. Según Smith, Rost y Kashner (1995), el acceso temprano a la atención en salud mental podría ahorrar hasta un 32% del coste de los ingresos hospitalarios. Un modelo de "la mejor práctica" propone que los psicólogos pueden mejorar la calidad de los servicios de salud mental y ampliar el acceso a la atención, integrando la terapia cognitivo-conductual con la psicofarmacología. Esta forma de asistencia sanitaria combina las dos formas de tratamiento que han demostrado ser más efectivas. Además, Wiggins informa que aproximadamente el 44% de los psiquiatras en formación tienen que ser reclutados de entre los graduados de Facultades de Medicina internacionales. La formación en

la residencia de psiquiatría ha hecho hincapié en la psicofarmacología en lugar de la psicoterapia. En el mejor de los casos, médicos que están actualmente en prácticas de psiquiatría en Arizona reemplazarán más que aumentarán los puestos actuales.

Los psicólogos de Tennessee (2003) también han proporcionado un informe detallado sobre por qué psicólogos con la formación adecuada deberían tener derecho a prescribir. Indican que la inalcanzable necesidad de servicios adecuados de salud mental es tremenda y muy costosa. Existe una grave escasez de psiquiatras en Tennessee y en todo el país, y una encuesta de todo el Estado documentó la falta de acceso a psiquiatras de Tennessee; los médicos americanos en formación no están eligiendo la psiquiatría en número suficiente para poder atender las necesidades actuales o futuras; los médicos de atención primaria están sobresaturados y mal equipados para atender los problemas de salud mental, y no es razonable esperar que lo hagan de forma efectiva; una consecuencia inevitable de esta situación es que *se prescriben medicamentos en exceso*, llevando a costes farmacológicos fuera de control; la atención es a menudo inadecuada y fragmentada, y *por lo tanto mucho más cara*; la combinación de medicación y psicoterapia es el tratamiento más efectivo y rentable, para la mayoría de los trastornos mentales; sin embargo, la medicina organizada se ha opuesto sin descanso a los esfuerzos de todas las otras profesiones para ampliar su ámbito de práctica. Con todo, el aprobado programa de formación para la capacidad legal de prescribir de la Asociación de Psicología de Tennessee es riguroso, exhaustivo, y excede significativamente las directrices nacionales recomendadas. En conclusión, los psicólogos que prescriben son SEGUROS. Los psicólogos de Tennessee (2003) propusieron que proporcionando la capacidad legal de prescribir a psicólogos adecuadamente formados se ofrecería a las personas de Tennessee: *mayor acceso a los servicios de salud mental; mayor oportunidad de calidad en la atención en salud mental; una forma de enfrentarse a los costes en alza de la drogas psicotrópicas; la oportunidad de una asistencia integrada* que combina intervenciones sobre la conducta y el estilo de vida con la adecuada y prudente prescripción de medicación, resultando en una atención más rentable; y una oportunidad de recibir *la asistencia de personas específicamente formadas* en los campos de la Psicología y la psicofarmacología. En un artículo reciente, Reeves y cols. describen los beneficios que la capacidad legal de prescribir para los psicólogos puede proporcionar a los residentes

de California. Los autores sostienen que la capacidad legal de prescribir facilitará la igualdad de los psicólogos con los psiquiatras en términos de reembolso y oportunidades profesionales, de modo que aumenta la probabilidad de que los psicólogos se sientan atraídos por escenarios que necesitan desesperadamente más profesionales altamente cualificados. Este derecho proporcionará a los psicólogos oportunidades para acceder a posiciones importantes de liderazgo en hospitales, escenarios de investigación y otros escenarios de salud mental que han sido competencia exclusiva de psiquiatras, aportando así un punto de vista más amplio y holístico (incluyendo la comprensión cognitiva, de desarrollo y social de las personas) a la provisión de servicios. La capacidad legal de prescribir disminuiría el salto competencial que se percibe, y que obstruye el objetivo de los psicólogos de poder ejercer la práctica de su profesión de forma que se aproveche su formación al máximo, permitiéndoles tener un mayor impacto en la mejora de los servicios de salud mental. Por ejemplo, en la actualidad, la mayor parte de los hospitales no permiten a psicólogos ser miembros de la plantilla médica con privilegios para votar. Los psicólogos son a menudo relegados a un estatus de miembros de "Profesionales de la Salud Aliados" sin derecho a votar o a participar de forma significativa en comités, a pesar de que la ley de estado de California autoriza que los psicólogos tengan derecho a todos los privilegios de la plantilla médica de llevar su práctica al máximo aprovechamiento de su formación (*CAPP v Rank*, 1990). Permitir a psicólogos tener privilegios propios del personal médico y del hospital aseguraría el desarrollo de políticas de hospital y estándares asistenciales holísticos, que consideran muchos aspectos del paciente y no sólo su estatus médico. Los pacientes de instalaciones que funcionan principalmente desde un modelo médico a menudo no reciben suficientes servicios psicológicos para afrontar sus enfermedades, pero en cambio son tratados en su mayoría con medicación para suprimir los síntomas (Bailey, 2006).

EL DESARROLLO DE UN MODELO DE FORMACIÓN Y LEGISLACIÓN CAPACITANTE

Uno de los argumentos de los psicólogos que se oponen al derecho a prescribir es que el campo no está preparado para este cambio, no teniendo gran apoyo entre los psicólogos, y que este tema está siendo promocionado para los intereses individuales de unos pocos psicólogos radicales. Los datos demuestran totalmente lo contrario. Sammons, Gorny, Zinner y Allen (2000) encuestaron a

psicólogos de Maryland. La mayoría de los 435 psicólogos encuestados trabajaban a tiempo completo en consultas privadas, hospitales y servicios públicos. El sesenta y siete por ciento estaban de acuerdo con el derecho a prescribir. Una revisión de veinte encuestas previas encontró que en conjunto más del 65% están a favor de los privilegios para prescribir (Sammons et al., 2000). Ramírez (2002), para completar su disertación, encuestó a 500 psicólogos con licencia, de una muestra nacional aleatoria. El porcentaje de respuesta fue del 44%, y los psicólogos que contestaron tenían de media 8 años de práctica. Los resultados revelaron que el 84% estaban de acuerdo o muy de acuerdo con que los psicólogos formados pudieran prescribir; el 10% no estaban de acuerdo o estaban muy en desacuerdo. El sesenta por ciento consideraron que obtener conocimientos en psicofarmacología sería una extensión de sus conocimientos. En su conjunto, la mayoría de los psicólogos ven el valor de esta extensión de la práctica; y nadie está obligado a practicar la psicofarmacología.

En resumen, durante aproximadamente 25 años, los psicólogos y personas ajenas interesadas han estado reclamando que los psicólogos puedan acceder a privilegios para prescribir. El gobierno de la APA ha estado implicado durante 17 años y los votos han apoyado a los psicólogos para que obtengan la capacidad legal de prescribir, de forma abrumadora y constante. Desde 1994, los psicólogos han estado activamente prescribiendo en el ejército, sin resultado negativo significativo. Además, hasta el momento no se ha señalado en foros públicos ningún resultado negativo significativo de los psicólogos que prescriben en New México, Louisiana o Guam.

Con referencia al programa de formación para los psicólogos en psicofarmacología del Departamento de Defensa (PDP), quizás lo más importante sea que el Colegio Neuropsicofarmacología (*American College of Neuropsychopharmacology*, ACNP) considera que el programa no ha creado "mini psiquiatras" o una extensión de los psiquiatras, sino que ha creado "psicólogos con mayor formación" con el valor añadido proporcionado por el componente de la capacidad legal de prescribir. Continúan trabajando mucho de acuerdo a la tradición de la psicología clínica (tests psicométricos, terapias psicológicas), pero tienen añadido un conjunto de conocimientos y experiencia que les aumenta su esfera de competencia" (ACNP, 1998, p. 4). El grupo de discusión del ACNP concluyó su informe ejecutivo del proyecto del PDP con lo que sólo se puede entender como aprobación incuestionable:

"Los graduados del PDP han ejercido y están ejerciendo como psicólogos que prescriben de forma segura y efectiva. Sin entrar en comentarios sobre cuestiones sociales, económicas y políticas sobre si un programa como el PDP debería ser continuado o extendido, le parece al grupo de evaluación que un programa de 2 años—un año didáctico, y un año de práctica clínica que incluya al menos 6 meses de rotación con pacientes—puede transformar a Psicólogos Clínicos con licencia en psicólogos que pueden prescribir, y que pueden funcionar de forma efectiva y segura en el escenario militar, para ampliar la aplicación de tratamientos de salud mental a una variedad de pacientes y clientes de manera rentable. Nos ha impresionado el trabajo de los graduados, su aceptación por los psiquiatras (incluso cuando han podido estar en desacuerdo con el concepto de que los psicólogos puedan prescribir), y su aportación a la buena disposición militar de los grupos a los que fueron asignados para servir. Nos ha impresionado el compromiso e implicación de estos psicólogos que prescriben, con su papel, con sus pacientes, y con la Administración Militar. No tenemos tan claro qué funciones pueden estas personas ejercer en el futuro, pero estamos convencidos que su papel actual cubre una singular, muy profesional necesidad del departamento de Defensa. Como tal, estamos de acuerdo que el Proyecto de Demostración de Psicofarmacología (*The Psychology Demonstration Project*) es un trabajo bien hecho" (ACNP, 1998, p. 6).

En la actualidad, la mayor parte de los programas posdoctorales en psicofarmacología llevan a un título de máster o a un certificado tras su finalización. El modelo de formación PDP estaba basado en el modelo de la Facultad de Medicina e incluía aproximadamente los 2-3 primeros años de medicina. Los graduados del PDP señalan que la base de conocimientos necesaria para prescribir de forma segura y efectiva, que fue identificada a través del PDP, se enseña ahora en contextos menos dominados por el modelo médico y desarrollados más en modelos psicológicos de salud (Newman, Phelps, Sammons, Dunivin, y Cullen, 2000).

Hoy día, existen dos niveles de práctica para los psicólogos que completan un programa posdoctoral en psicofarmacología. El nivel 2 permite a un psicólogo consultar con médicos y otros que prescriban psicofármacos. Estos psicólogos han completado un mínimo de 2 años de for-

mación teórica, con muchos programas que también exigen que el psicólogo supere con éxito un examen nacional de competencia, el Examen de Psicofarmacología para Psicólogos (PEP). La clasificación de nivel 3 también exige completar la formación didáctica y normalmente el examen PEP (las exigencias del PEP varían según la jurisdicción), pero también exige una experiencia práctica con 100 pacientes atendidos bajo la supervisión de un médico u otro clínico competente (indicado por la jurisdicción), con un mínimo de 2 horas a la semana de experiencia clínica en psicofarmacología. Con el nivel 3 de clasificación, el psicólogo se convierte en un psicólogo con capacidad para prescribir y para proporcionar atención global. Estas clasificaciones de la práctica profesional se establecieron basándose en las lecciones y el *feedback* de los graduados del PDP.

UNA MIRADA HACIA ADELANTE: LA CONTINUADA EVOLUCIÓN DE LA AGENDA DE LOS PRIVILEGIOS PARA PRESCRIBIR

A medida que los Estados van, de forma individual, adquiriendo privilegios para prescribir para los psicólogos, establecen sus propios criterios de formación y experiencia. El proyecto de ley de Nuevo México exigía formación adicional, la cual se acordó entre la Sociedad Médica de Nuevo México y el Consejo de Farmacia. La Ley de Nuevo México exige 450 horas clínicas *in seat*, además de pasar el examen PEP. Después de estas 450 horas clínicas y de completar con éxito el PEP, se requieren dos años de experiencia práctica supervisada con un médico o una enfermera practicante. Si los resultados son satisfactorios, el psicólogo puede entonces prescribir de forma independiente (*New Mexico Psychological Association*). Actualmente, la mayoría de los programas de formación posdoctoral en el país han adoptado o excedido este requisito en anticipación a que leyes similares sean aprobadas en un futuro a lo largo del país. El estatuto de Louisiana exige colaboración/aprobación continuada con un médico después de la ya discutida experiencia didáctica y clínica. Guam también exige un *Acuerdo de Práctica Colaborativa* que exige práctica supervisada por un médico; es importante para los psicólogos darse cuenta de que esto es más cercano a la "consulta" y que *no* es lo mismo que el tipo de supervisión que ocurre en los programas de formación de Psicología, donde el supervisor debe firmar el trabajo de su candidato y es completamente responsable de todas las acciones de su supervisado (*Allied Health Practices Act*, 1998).

Como se ha señalado más arriba, existen varios programas posdoctorales de formación por todos los Estados Unidos. Continúan adaptándose para proporcionar formación de alta calidad en psicofarmacología y a preparar a los psicólogos para prescribir.

Un ejemplo de tales programas es el Título de Master en Psicofarmacología Clínica ofertado en modalidad a distancia a través de la Universidad Fairleigh Dickinson. El programa proporciona clases grabadas en video, recursos en internet, *chats* y foros de discusión, lecturas de textos, presentaciones de casos, y cinco reuniones regionales en la web durante dos años, facilitando todo esto el aprendizaje de los estudiantes a lo largo de todo el país. Superar con éxito el examen PEP también es un requisito para la obtención del título del Máster. El programa implica diez asignaturas que incluyen la revisión biopsicosocial de los sistemas corporales, neurociencia, neurofarmacología, psicofarmacología clínica, el manejo de cuestiones profesionales y de la práctica, temas de tratamientos basados en estudio de casos, y que requiere aproximadamente 15 horas de estudio a la semana. Se obtiene el nivel 2 de clasificación tras la finalización del Título de Master, con la opción de un *practicum* clínico con un supervisor preceptor (tal y como se ha descrito anteriormente) para el nivel 3 de práctica.

Además, a la luz de todos los cambios que los estatutos legales han realizado en el currículo de los programas de formación, y a la luz de la experiencia de los psicólogos que prescriben en el ejército y especialmente en Louisiana y Nuevo México, en este momento se están debatiendo cambios con referencia a los currícula de la formación nacional, tal y como es definida por la APA. Además, se ha convocado un Grupo de Trabajo nacional sobre los currícula en psicofarmacología. Al final, el Grupo de Trabajo hará recomendaciones para cambios en los currícula que afectará a todos los programas de formación por todo el país (McGrath, comunicación personal, 14 de Septiembre, 2006).

Por supuesto, seguirán existiendo argumentos a favor y en contra de que los psicólogos obtengan privilegios para prescribir, hasta que esta práctica sea común por todo el país. Norcross (2005) informa de los pros y contras de la siguiente forma:

- ✓ Posición en contra de que psicólogos prescriban: Los médicos afirman que los argumentos en torno al papel de los médicos de familia o de atención primaria, en el tratamiento de la salud mental, son engañosos:
 - ✓ Médicos no psiquiatras reciben poca formación en salud mental en la Facultad; sin embargo, reciben

4-6 años de formación médica y farmacológica durante la carrera.

- ✓ No hay evidencias de que los patrones de prescripción de psicotrópos por médicos de familia sean problemáticas.
- ✓ Preocupación por la seguridad del paciente.
- ✓ Una solución más lógica sería incrementar la formación en salud mental de los médicos de familia y promocionar la colaboración entre psiquiatras y atención primaria.
- ✓ Los argumentos/réplicas a favor de la capacidad legal de prescribir para los psicólogos.
 - ✓ Existen precedentes no médicos en la ampliación de la práctica que incluye la capacidad de prescribir (ej., enfermeras practicantes, asistentes médicos, optometristas, farmacéuticos, podólogos).
 - ✓ La afluencia de psicólogos (la industrialización de la salud).
 - ✓ Los psicólogos practicantes indican su deseo de prescribir (65 al 70% de los psicólogos están "muy a favor de la capacidad legal de prescribir").
 - ✓ La Asociación Americana de Psicología apoya claramente esta ampliación de la práctica.
- ✓ Argumentos fuertes para que los psicólogos prescriban:
 - ✓ Accesibilidad del público – existe una necesidad urgente de incrementar el acceso público a la asistencia en salud mental de calidad, especialmente en zonas rurales y empobrecidas.
 - ✓ Al menos el 70-75% de la medicación psicotrópica es prescrita por médicos de cabecera (ver Preston y Ebert, 1999), la mayoría con poca formación en psicofarmacología o en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Hay datos que indican que a menudo los médicos de familia no medican de forma apropiada, al menos para la depresión, uno de los trastornos más comunes (Preston y Ebert, 1999); además, practicantes formados médicamente no entienden totalmente ni utilizan la psicoterapia como una opción de tratamiento.
 - ✓ Descenso en el número de psiquiatras. Con respecto a los programas de residencia en psiquiatría, se ha visto un descenso constante en el número solicitudes de médicos de Estados Unidos para entrar en estos programas.
 - ✓ Los psicólogos utilizarán farmacoterapia dentro del contexto de un modelo biopsicosocial (orientado a sistemas, holístico, integrativo, colaborador) en contraste al modelo médico que ya no se considera

muy efectivo. Los psicólogos tienen un conjunto más amplio de habilidades.

- ✓ Al permitir a psicólogos prescribir, podemos conseguir una integración sofisticada, eficiente y rentable de la psicoterapia y de la farmacoterapia, y podemos mejorar el tratamiento colaborativo donde el paciente tiene un papel más activo en cómo marcha el tratamiento.
- ✓ Se consigue una mejor continuidad en los cuidados porque los psicólogos pueden ocuparse de todos los aspectos de las necesidades de salud mental del paciente.
- ✓ Los psicólogos proporcionarán asistencia más basada en la evidencia, porque la formación y la ética en Psicología da gran importancia al conocimiento y estar al día con respecto a los resultados en investigación; las decisiones con respecto al tratamiento se basan en datos, no en el marketing. Los psicólogos son formados como científicos y practicantes, y tienen especial pericia en el diagnóstico basado en la psicometría, en lugar de sólo en las impresiones clínicas.
- ✓ Los psicólogos con conocimientos en psicofarmacología, además de evaluaciones e intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas, crearán nuevas posibilidades para un tratamiento dinámico y comprensivo basado en la investigación. La investigación clínica en salud mental sugiere que los tratamientos no pueden estar dirigidos por los diagnósticos de forma uniforme. Por ejemplo, respecto a pacientes con el Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) principalmente con síntomas compulsivos, se obtienen los mejores resultados con un tratamiento de psicoterapia conductual. Sin embargo, para los pacientes con TOC que muestran principalmente síntomas obsesivos, los mejores resultados se obtienen con medicación psicotrópica combinada con tratamientos de psicoterapia conductual. (Hohagen et al., 1998). Respecto a los tratamientos óptimos de salud mental para personas específicas, hay mucho que no sabemos. Las personas encargadas de la atención en salud mental deben proceder con cautela, con mucha más investigación. Es muy probable que los psicólogos, con su extensa experiencia y formación en investigación, se encontrarán en una posición crítica para poder escudriñar con cuidado la investigación existente en tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, y poder dirigir con entusiasmo la investigación en curso para definir de forma más clara intervenciones en salud

mental cada vez más óptimas; estas intervenciones podrían incluir una serie de enfoques psicoterapéuticos y/o intervenciones psicofarmacológicas, tal y como dictan la investigación y la experiencia clínica comprensiva. A medida que los psicólogos aumentan sus conocimientos, conciencia y apreciación de los enfoques de tratamiento psicofarmacológicos, además de la evaluación y psicoterapia, se encontrarán en una posición clave para analizar sistemática y minuciosamente los ingredientes activos del tratamiento.

Al mirar al futuro de la Psicología, debemos considerar su historia y su crecimiento. Durante gran parte de nuestra historia, la Psicología ha sido una profesión "nicho", apreciada como relevante sólo para temas de salud mental, y por lo demás relegada. A pesar de esto, la Psicología ha seguido creciendo y desarrollándose, p.ej., la neuropsicología, la psicología forense, la psicología de la salud. Como una profesión en desarrollo, la Psicología tiene la oportunidad de contribuir a la sociedad de formas más completas.

IMPLICACIONES Y CONCLUSIONES

- ✓ El concepto de que los psicólogos prescriban no es nuevo; ha sido exhaustivamente evaluado a nivel nacional. Es ampliamente aceptado en la profesión.
- ✓ Los modelos de formación que se han desarrollado son más completos que los modelos de muchas otras disciplinas que están actualmente prescribiendo.
- ✓ Existe evidencia documentada (del PDP) de que los psicólogos pueden prescribir de forma segura.
- ✓ La capacidad legal se irá extendiendo a medida que la batalla continua por todo el país y a medida que se van acumulando datos referentes a la seguridad y efectividad de los psicólogos que prescriben en Nuevo México y Louisiana.
- ✓ La formación en psicofarmacología y en cómo prescribir mejorará la profesión y los tratamientos.
- ✓ La evidencia nos indica que los psicólogos que prescriben NO estarán usando un modelo médico, sino un modelo *integrado* o psicosocial para prescribir; los estándares de práctica emergentes declaran que éste es el modelo preferido para la evaluación y el tratamiento en la práctica prescriptiva o colaborativa.
- ✓ Tratamiento combinado: este es otro ejemplo de un área potencial de desarrollo para la profesión en términos de investigación y práctica.

Está abrumadoramente claro que es el momento de abandonar enfoques ideológicos, unimodales en favor de modelos de evaluación y tratamiento personalizados,

centrados en el paciente y multimodales, que son más efectivos y que permiten al psicólogo realmente acoplarse al paciente de forma holística.

UN TESTIMONIO PERSONAL

Como psicólogo clínico en un hospital, más del 50% de los pacientes del Dr. Wautier toman medicación psicofarmacológica. El programa Posdoctoral de Máster en Psicofarmacología de la Universidad Fairleigh Dickinson, le ha ofrecido la forma de ampliar de forma sistemática sus conocimientos en biología, que son claves para su función como psicólogo clínico en un hospital. Con sólo su primer año completado, el programa le ha proporcionado un mayor conocimiento y apreciación de las complejidades de los sistemas corporales, en particular del funcionamiento del sistema nervioso, y de la importancia para la atención en salud mental.

Dr. Wautier afirma: "He mejorado sustancialmente mi habilidad para comunicarme de forma más efectiva con los médicos. He empezado a desarrollar una consideración más comprensiva y meditada de los factores psicológicos, sociales, emocionales, de desarrollo, así como biológicos/médicos que afectan la atención a pacientes. También, he empezado a considerar de forma más efectiva y meditada el impacto de la medicación psicotrópica en la atención en salud mental de mis pacientes, permitiéndome controlar más efectivamente el tratamiento de salud mental de mis pacientes en colaboración con los médicos que prescriben".

REFERENCIAS

- American College of Neuropsychopharmacology. (1998). *DoD prescribing psychologists: External analysis, monitoring, and evaluation of the program and its participants*. Nashville, TN: Author.
- American College of Neuropsychopharmacology (2000). The Department of Defense Psychopharmacology Demonstration Project: The ACNP evaluation report and final summary [Special issue]. *ACNP Bulletin*, 7(3). Nashville, TN: Author.
- Allied Health Practices Act*, 10 Guam Code Ann., 12802-12827 (1998).
- Bailey, D.S. (2006). Psychologists' hospital privileges benefit patients. *Monitor on Psychology*, 37(5), p. 44.
- California Association of Psychology Providers (CAPP) v Rank* (1990). 794 P. 2d 2.
- Cullen, E. A., y Newman, R. (1997). In pursuit of prescription privileges. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 101-106.

- Daw, J. (2002). Steady and strong progress in the push for Rx privileges. *Monitor on Psychology*, 33(3).
- Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Räuchle, H., Hand, I., König, A., Münchau, N., et al. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo: Results of a multicentre study. *British Journal of Psychiatry*, 173(Suppl 35), 71-78.
- Holloway, J. D. (May, 2004) Louisiana grants psychologists prescriptive authority: Louisiana psychologists' persistence pays off, and their state becomes the second to pass RxP legislation. *American Psychological Association Monitor on Psychology*, 35(5).
- McGrath, R. E., Wiggins, J. G., Sammons, M. T., Levant, R. F., Brown, A., y Stock, W. (2004). Professional issues in pharmacotherapy for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35 (2), 158-163.
- McGrath, R.E., Berman, S., LeVine, E., Mantell, E., Rom-Rymer, B., Sammons, M., y Stock, W. (2005). *Guidelines for collaborative and independent practice in pharmacotherapy*. Task Force Report for APA Division 55. Retrieved September 26, 2006 from <http://www.division55.org/pdf/draftguidelines.pdf>.
- Munsey, C. (2006). RxP legislation made historic progress in Hawaii. *Monitor on Psychology*, 37(6), p.42.
- National Depressive and Manic Depressive Association. (2000). *Beyond diagnosis: Depression and treatment—A call to action to the primary care community and people with depression*. Chicago: Author.
- New Mexico Psychological Association (n.d.) *NM Becomes First to Implement Psychologist's Prescribing Law*. Retrieved September 29, 2006 from the New Mexico Psychological Association Web Site: <http://www.nmpa.com/displaycommon.cfm?an=1&ubarticlenbr=9>
- Newman, R., Phelps, R., Sammons, M. T., Dunivin, D. L., Cullen, E. A. (2000). Evaluation of the psychopharmacology demonstration project: A retrospective analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (6), 598-603.
- Norcross, J. C. (2005). More accessible, psychological, and integrated pharmacotherapy: Prescription privileges for psychologists. *The Register Report*, 31, 18-21.
- Preston, J., y Ebert, B. (1999). Psychologists' role in the discussion of psychotropic medication with clients: Legal and ethical considerations. *California Psychologist*, October, 32, 34.
- Ramirez, B. (2002). *RxP-Psychologists Survey Results*. Unpublished doctoral dissertation, Wright State University.
- Reeves, J. L., Hildebrandt, S. A., Samelson, D. A., Woodman, R. R., Ketola, J. A., Silverman, D. y Bunce, S. (n.d.). *Prescriptive Authority (RxP) will benefit all California psychologists and the patients we serve*. Retrieved September 26, 2006 from the American Society for the Advancement of Pharmacotherapy, Division 55 of the American Psychological Association, Web Site: <http://www.division55.org/Pages/RxPBenefitsAll.htm>
- Sammons, M. T., Gorny, S. W., Zinner, E. S., y Allen, R. P. (2000). Prescriptive authority for psychologists: A consensus of support. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (6), 604-609.
- Smith, G., Rost, K., Kasner, K. (1995). A trail of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Archives of General Psychiatry*, 52, 238-243.
- Tennessee Legislative Hearings. (Dec. 12, 2003) Why appropriately trained psychologists should have prescriptive authority. *House of Professional Occupations Subcommittee. House of Representatives-Tennessee General Assembly*.
- U.S. General Accounting Office. (1997). *Defense health care: Need for more prescribing psychologists is not adequately justified* (GAO/HEHS-97-83). Washington, DC: Author.
- U.S. General Accounting Office. (1999). *Prescribing psychologists: DoD demonstration participants perform well but have little effect on readiness or costs* (GAO/HEHS-99-98). Washington, DC: Author.
- Vector Research, Inc. (1996). Cost-effectiveness and feasibility of the DoD Psychopharmacology Demonstration Project: Final report. Arlington, VA: Author.
- Walker, Jones, and Larson vs. State of California, et al., County of Los Angeles (n.d.). Retrieved September 26, 2006 from the American Society for the Advancement of Pharmacotherapy, Division 55 of the American Psychological Association, Web Site: <http://www.division55.org/pdf/Complaint.pdf>
- Wiggins, J. G. (n.d.). *Increasing access to mental health care, improving quality of care and reducing costs through prescriptive authority for licensed psychologists with specialty training*. Retrieved September 26, 2006 from the American Society for the Advancement of Pharmacotherapy, Division 55 of the American Psychological Association, Web Site: <http://www.division55.org/Pages/AHCCCS.htm>
- Williams-Nickelson, C. (2000, Winter). Prescription privileges for psychologists: Implications for students. *APAGS Newsletter*. Washington, DC: American Psychological Association.

HISTORIA BREVE DEL PROGRAMA POSTDOCTORAL M.S. EN PSICOFARMACOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD FAIRLEIGH DICKINSON

A BRIEF HISTORY OF THE FAIRLEIGH DICKINSON UNIVERSITY POSTDOCTORAL M.S. PROGRAM IN CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY

Robert E. McGrath

Universidad Fairleigh Dickinson

La Universidad Fairleigh Dickinson en Teaneck, Nueva Jersey, estableció un programa de formación para psicólogos en psicofarmacología en el 2000. Este manuscrito ofrece una descripción del programa, como ejemplo del tipo de formación que se está proporcionando a los psicólogos americanos para prepararse para la capacidad legal de prescribir. También se presenta una historia del programa en el contexto del movimiento para proporcionar a los psicólogos americanos una formación postdoctoral en psicofarmacología clínica.

Palabras clave: Programa FDU de Psicofarmacología, formación postdoctoral, psicólogos americanos

Fairleigh Dickinson University in Teaneck, New Jersey, established a training program for psychologists in psychopharmacology in 2000. This manuscript provides a description of the program, as an example of the type of training being provided to American psychologists in preparation for prescriptive authority. A history of the program is also presented in the context of the movement to provide American psychologists with postdoctoral training in clinical psychopharmacology.

Key words: FDU Psychopharmacology Program, postdoctoral training, American psychologists

La historia de los esfuerzos de los psicólogos estadounidenses para poder implicarse más en el manejo de la medicación ha sido breve pero vibrante. Comienza en 1984, cuando el Senador Daniel Inouye habló con la Asociación Hawaiana de Psicología sobre la drástica carencia de proveedores de medicación psicotrópica debidamente formados, y recomendó que los psicólogos empezaran a reclamar la capacidad legal de prescribir. Más tarde, en 1989, su preocupación le llevó a presentar un proyecto de ley al Congreso para el establecimiento de un proyecto de demostración en el ejército estadounidense. La ley fue aprobada, y dio paso a la creación del Proyecto de Demostración en Psicofarmacología (*Psychopharmacology Demonstration Project, PDP*), que finalmente resultó en que 10 psicólogos militares recibieron formación para prepararse para prescribir.

EL PROYECTO DE DEMOSTRACIÓN EN PSICOFARMACOLOGÍA

La primera iteración del programa empezó con cuatro psicólogos en 1991 (Sammons y Brown, 1997). El programa inicial consistía de dos años de cursos a tiempo completo, equivalía esencialmente a los dos primeros

años de los estudios de medicina, seguido de un año de formación clínica. Este currículo riguroso no sólo requería un año más para su finalización de lo que se pretendía inicialmente, sino que además implicaba formación en una variedad de ámbitos médicos que eran irrelevantes para la implicación de los participantes en farmacoterapia. Como resultado, la segunda y tercera iteraciones fueron reducidas sustancialmente. Mientras la primera iteración implicaba 1365 horas de clase, las cohortes posteriores completaron entre 640,5 y 660 horas, eliminando un año entero del programa. Lo particularmente importante fue la creación de cursos diseñados específicamente para los participantes del PDP, lo cual constituía un reconocimiento explícito de que la Facultad de Medicina tradicional no es el camino apropiado para la formación de los psicólogos para prescribir.

La legislación inicial exigía la evaluación objetiva del programa del PDP. Debido a su naturaleza polémica, se realizaron cuatro evaluaciones diferentes. ¡Este es un nivel extraordinario de análisis de un programa que sólo había generado 10 graduados! Estas evaluaciones fueron sistemáticamente positivas, y demostraron que los psicólogos pueden ser formados para prescribir de forma segura, rentable y distintiva respecto a otras profesiones (Newman, Phelps, Sammons, Dunivin, y Cullen, 2000).

Correspondencia: Robert E. McGrath. School of Psychology. Fairleigh Dickinson University. Williams Hall, Teaneck Campus. New Jersey, USA. E-mail: mcgrath@fdu.edu

FORMACIÓN EN EL SECTOR CIVIL

El programa se abandonó en 1997, debido en parte a su naturaleza polémica. Aun así, activó esfuerzos para formar a psicólogos en el sector civil. El primer hito en este movimiento fue la creación del Registro de Psicólogos que Prescriben (*Prescribing Psychologists' Register*), o RPP, que comenzó a formar a psicólogos en psicofarmacología en 1992. No sabemos con certeza cuántos psicólogos finalmente completaron su formación a través del RPP, ya que esta información nunca se ha hecho pública. La tarea de estimar este número también se complica por el hecho de que el RPP estableció varios niveles diferentes de formación. Es más, el programa fue modificado en respuesta a acontecimientos históricos, siendo uno de ellos la adopción de directrices de entrenamiento formal por la Asociación Americana de Psicología, y otro la legislación en Nuevo México de los requisitos de formación para obtener la licencia como psicólogo con capacidad para prescribir. He intentado en varias ocasiones estimar el número de psicólogos que han completado por lo menos 300 horas de formación posdoctoral en psicofarmacología a través del RPP, y mi mejor conjetura es que entre 250 y 400 psicólogos cumplen este criterio. A pesar de que el número de psicólogos que reciben su formación del RPP se ha reducido claramente

desde entonces, el RPP todavía tiene el honor de haber entrenado más psicólogos en preparación para la capacidad legal de prescribir que ningún otro programa.

El siguiente hito fue el desarrollo de las directrices formales para la formación posdoctoral en psicofarmacología, que ya mencionamos brevemente en el párrafo anterior. En 1995, la Asociación Americana de Psicología (APA) estableció un grupo de trabajo para desarrollar tales directrices. El documento resultante (APA Council of Representatives, 1996) fue adoptado como política oficial de la APA en 1996, casi exactamente 10 años antes de escribir estas líneas.

Las directrices sugirieron un mínimo de 300 horas de cursos. Sin embargo, cuando se dio la lista de los contenidos concretos de las áreas, hacían un total de 350 horas, así que las directrices permitían algo de flexibilidad en el currículo. La Tabla 1 muestra las áreas de contenido recomendadas.

El documento con las directrices ha mostrado ser, por varias razones, extremadamente polémico en los años subsiguientes. En primer lugar, dejan abierta la posibilidad de incorporar porciones del currículum a un "currículum predoctoral ampliado" (APA Council of Representatives, 1996, p. 1). Esto era considerado como una declaración problemática por aquellos que estaban preocupados por el posible impacto de tal modificación del currículum predoctoral en la formación y la identidad de los psicólogos (ej., Council of University Directors of Clinical Psychology, 2001; McGrath, Wiggins, Sammons, Levant, Brown, y Stock, 2004).

En segundo lugar, las directrices definen una serie de prerrequisitos que deben ser completados antes de que el psicólogo pueda participar en formación posdoctoral en psicofarmacología. La mayor parte de los programas han optado en su lugar por incorporar estos temas en los programas mismos, para reducir el número de obstáculos a ser completados antes de la matriculación. En tercer lugar, las directrices indican que "se impartirán los cursos didácticos para conseguir créditos académicos con especial atención a la evaluación del alumno en formación... El proveedor de este programa de formación deberá ser una institución de estudios superiores acreditada regionalmente u otro proveedor debidamente acreditado de instrucción y formación" (APA Council of Representatives, 1996, p. 3). Estos requisitos eran problemáticos en un tiempo en el que el único programa de formación disponible en el sector civil (PPR) era el ofrecido por una organización independiente sin ningún vínculo con la universidad. Por

TABLA 1 MODELO DEL CURRÍCULUM DE LA APA PARA LA FORMACIÓN POSTDOCTORAL EN PSICOFARMACOLOGÍA	
Tema	Horas
I. Neurociencias	
A. Neuroanatomía	25
B. Neurofisiología	25
C. Neuroquímica	25
II. Investigación y Clínica en Farmacología y Psicofarmacología	
A. Farmacología	30
B. Farmacología Clínica	30
C. Psicofarmacología	45
D. Psicofarmacología del Desarrollo	10
E. Dependencia Química y Manejo del Dolor Crónico	15
III. Fisiología Patológica	60
IV. Introducción a la Evaluación Física y a los Exámenes de laboratorio	45
V. Farmacoterapéutica	
A. Cuestiones Profesionales, éticas y legales	15
B. Interacciones Psicoterapia/farmacoterapia	10
C. Ayudas computerizadas para la práctica	5
D. Farmacoepidemiología	10

Adaptado del consejo de Representantes de la Asociación Americana de Psicología. (1996, August 12). *Formación posdoctoral en psicofarmacología recomendada por la Asociación Americana de Psicología para la obtención de los privilegios para prescribir*. Washington, DC: Author.

último, las directrices que fueron proporcionadas para un *practicum* clínico demostraron al final ser inconsecuentes y nada prácticas (McGrath, 2004).

A pesar de estos problemas, el desarrollo de un marco de trabajo en general aceptado para la formación, estimuló el desarrollo de nuevos programas en el sector civil¹. La Facultad de California de Psicología Profesional (ahora parte de la Universidad Alliant Internacional) comenzó en 1998 el primer programa de Máster posdoctoral en psicofarmacología clínica, creando una distinción entre los programas que ofrecen un título y los que ofrecen un Certificado de finalización. En el siguiente año, surgieron tres programas nuevos de Certificación y uno de Máster. La Asociación de Psicología de Georgia creó un programa de Certificación junto con la Universidad de Georgia y la Universidad del Estado de Georgia. Los otros dos programas de Certificación fueron el del Instituto de Psicofarmacología en Nebraska, que fue el primer programa totalmente a distancia, y el programa conjunto entre el Instituto del Suroeste para el Avance en Psicoterapia y la Universidad del Estado de Nuevo México. El programa de Máster nuevo fue establecido en la Universidad Nova Southeastern de Florida. Todos estos programas siguen existiendo, excepto el programa de Georgia.

Aunque no está directamente relacionado con el tema de la formación, todavía otro acontecimiento importante fue la creación, en 1998, de la División 55 de la APA. Las divisiones de la APA representan grupos de especial interés dentro de la asociación. La División 55 es la Sociedad Americana para el avance de la farmacoterapia, o ASAP, y está dedicada a temas referentes al incremento de la implicación de los psicólogos en la psicofarmacología clínica. La división ha demostrado ser un importante lugar para la discusión de temas de formación, y para buscar estrategias referentes a los esfuerzos legislativos para conseguir la capacidad legal de prescribir.

Un hito final en el avance de la formación en el sector civil fue la creación de un examen a nivel nacional para los psicólogos que han recibido formación en psicofar-

macología clínica. La Organización de la Práctica de la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association Practice Organization*) reconoció que los Estados que otorgan la capacidad legal de prescribir a psicólogos necesitarían alguna forma de evaluar la competencia. Además, dada la diversidad en los programas de formación que estaban emergiendo, se consideraba útil tener algún estándar objetivo para demostrar el dominio del material relevante. El Colegio de Psicología Profesional, que es una sección de la Organización de la Práctica que desarrolla credenciales avanzadas, fue encargado del desarrollo de lo que se conoció más tarde como el Examen en Psicofarmacología para Psicólogos (*Psychopharmacological Examination for Psychologists*) o PEP. Desarrollado junto con una reconocida firma a nivel nacional especializada en el desarrollo de exámenes para la obtención de licencias, el PEP consta de 150 preguntas que cubren una gran variedad de contenidos de los distintos dominios. La lista entera de los dominios puede encontrarse en varios sitios en internet, incluyendo http://www.rxpsychology.com/pep_knowledge_domains.pdf.

Fue en medio de este entorno de desarrollo rápido cuando nació el programa de *Master of Science* en Psicofarmacología Clínica de la Universidad Fairleigh Dickinson. Fue, sin embargo, un proceso en el que no faltaron penas crecientes.

LA CREACIÓN DEL PROGRAMA DE LA UNIVERSIDAD FAIRLEIGH DICKINSON

Hacia el año 2000, una compañía llamada Global HealthEd estaba considerando la posibilidad de la realización de un programa de Certificación a distancia. Global HealthEd era una de varias compañías que habían sido creadas en cooperación con la Universidad de Florida para la creación de programas a distancia en salud y educación. Al principio, Global HealthEd tenía intención de ofrecer el programa conjuntamente con el Departamento de Psicología de la Universidad de Florida. Empezaron contratando a Anita Brown, una de las

¹ Otros programas además de los descritos aquí fueron anunciados o realmente ofrecidos durante un periodo breve de tiempo. La discusión aquí se centra en los programas que siguen existiendo, o que fueron especialmente influyentes a la hora de popularizar la idea de formar a psicólogos para prescribir. Otros programas se han establecido desde el programa de Fairleigh Dickinson, los más notables son el programa de Máster de la Facultad de Psicología Profesional de Massachusetts y el programa de Certificación en la Universidad A&M de Texas. En la actualidad, existen nueve programas en activo, incluyendo cinco programas de Certificación y cuatro de Máster.

² Hasta la fecha, cuatro de los 10 graduados del PDP han desempeñado un papel importante en el programa: Anita Brown, Elaine Mantell, Morgan Sammons y John Sexton. Este último ha servido como presentador de vídeos. Los otros tres han sido presentadores de vídeos e instructores de cursos. Además, Anita Brown continúa participando como asesora del programa.

graduadas del programa del PDP, como Directora de Currículm del Programa, responsable del diseño total del currículm².

Se eligió entre los miembros del departamento un director de formación que fuera responsable de la dirección académica del programa en curso, se desarrollaron los materiales para el primer semestre y, tras una amplia campaña de publicidad entre los psicólogos del país, se formó un grupo inicial con 36 psicólogos. Estaba planificado que el programa ofreciera sus primeros cursos en Septiembre de 2000. Durante la primavera de 2000, el Departamento de Psicología fue sometido a una intensa presión por parte de la plantilla médica de la universidad para que concluyera su desarrollo. Las amenazas incluían el cese de todas las derivaciones a la Clínica del Departamento por la Facultad de Medicina. Al poco tiempo, el Departamento de Psicología decidió salirse del programa, prácticamente pocos meses antes de la fecha propuesta de comienzo.

Como es comprensible, Global HealthEd estaba impaciente por encontrar a un socio alternativo. En ese momento, la compañía se encontraba en plena negociación con la Universidad Fairleigh Dickinson en Teaneck, NJ, con respecto a otros diversos programas, y les mencionó la posibilidad de añadir al paquete el programa de Certificación en Psicofarmacología. Cuando me comprometí a actuar como director de formación del programa, la Universidad decidió aceptar la oferta.

El programa es característico en varios aspectos. El programa combina elementos de la educación tradicional con un formato a distancia. Cada curso tiene un instructor que es responsable de su diseño y del progreso de los alumnos. Cada uno de los ocho cursos está dividido en 5-8 módulos. Cada módulo incorpora 1-3 clases, lecturas y preguntas que reflejan los principales temas de la conferencia.

Las clases para cada curso están filmadas utilizando un sistema especial que alterna el enfoque entre el profesor y las diapositivas de PowerPoint. En lugar de tener un único instructor presente en cada lección, las clases son asignadas a personas con destreza en el tema cubierto en ese módulo. A los estudiantes se les proporcionan las diapositivas PowerPoint que fueron usadas en la clase. A diferencia de algunos programas que únicamente graban la clase o la presentación PowerPoint, el resultado es mucho más coherente con la combinación tradicional entre los materiales y la presentación personal.

Los cursos son adaptados al calendario académico de

la Universidad, con un estricto calendario para la realización de los cursos. Cada curso fue finalmente fijado en un calendario de 7,5 semanas, para que cada uno de los dos cursos cumpliera con el calendario semestral establecido en Nueva Jersey, de 15 semanas. Este enfoque favorece avanzar en el programa de forma más efectiva que con el enfoque tradicional de educación a distancia, que permite que el alumno fije su propio ritmo.

La interacción entre los estudiantes se logra principalmente mediante el *chat* semanal en la web. Estos *chats* duran una hora o más, y normalmente están centrados en la integración clínica de los materiales del curso. Por ejemplo, se podría presentar un caso que estuviese relacionado con la temática actual del curso. Los estudiantes dedican una hora a la discusión de los detalles del caso, y a cuestiones referentes al diagnóstico y tratamiento.

En segundo lugar, el programa no es completamente a distancia. Se reconoce que algún material es presentado mejor en formato presencial, siendo el mejor ejemplo la formación en exploración. Al final de cada uno de los cinco semestres, los estudiantes se reúnen durante dos días en lo que denomina la Sesión Regional de Interacción.

Un tercer aspecto distintivo es la implicación de al menos dos miembros del Departamento en el curso. El instructor es responsable del diseño del curso, de crear los exámenes, de supervisar el curso a medida que progresa, y de dirigir las cuestiones sobre el material a un nivel académico. Ya que el programa no está geográficamente restringido, los instructores pueden ser seleccionados basándose en su experiencia y habilidad para enseñar. Todos son graduados del programa del PDP, o trabajan en la universidad a tiempo completo.

A cada estudiante también se le asigna un tutor (*facilitator*), que es principalmente responsable de los *chats* y de dirigir la Sesión Regional de Interacción. A los tutores se les suele asignar un máximo de 15 alumnos, así que los cursos con más estudiantes son asignados varios tutores. Aunque la relación entre el instructor y el tutor es similar a la tradicional distinción entre instructor y asistente de instrucción, los tutores son profesionales muy cualificados, normalmente son enfermeras practicantes y con especialización en salud mental.

Todavía hay una cuarta distinción que tiene que ver con la duración del programa. Tras recibir su formación a través del PDP, Anita Brown no creía que 300-350 horas ofrecieran suficiente formación en psicofarmacología. En consecuencia, el programa fue ampliado a 480

horas. En particular, el 40% del programa está dedicado a la práctica de la psicofarmacología. El currículum puede verse en la Tabla 2.

La decisión de ampliar el programa fue un acierto. Cuando la capacidad legal de prescribir para los psicólogos se convirtió en ley en Nuevo México, la legislación exigía al menos 450 horas de trabajo de clase. Como resultado, la mayoría de los programas en el país han ampliado su currículum a 450 horas. El programa de Fairleigh Dickinson es el único que sobrepasa el estándar de Nuevo México.

EL PROGRESO DEL PROGRAMA

El primer grupo de 36 alumnos empezó las clases en otoño de 2000. El comienzo fue, como poco, inestable. Era la primera tentativa de Global HealthEd en educación sanitaria sin la Universidad de Florida, así que estaban trabajando con una plataforma informática no probada. El sistema inicial mostró ser tan inestable que fue completamente reemplazado dos veces durante el primer año. Llevaba como director de formación un mes cuando las clases comenzaron, sin prácticamente experiencia previa en educación a distancia, y me encontré de pronto encargándome tanto del marketing de dicho programa como intentando solventar las dificultades técnicas. Debido al tamaño de la clase, se necesitaron tres tutores, y uno de ellos no fue contratado hasta que el semestre estaba a punto de empezar.

Al final del primer año, Global HealthEd reconoció que el número de participantes en el programa nunca iba a alcanzar los pronósticos iniciales, y quería reducir su implicación. Al mismo tiempo, los alumnos habían expresado su gran interés en convertir el programa en un Máster a pesar del coste extra que ello les supondría. De estos dos acontecimientos salió un acuerdo entre Fairleigh Dickinson y su socio que la universidad asumiría toda la responsabilidad del programa y lo convertiría en una titulación de Máster. La conversión tardó más de un año en completarse, pero para cuando el primer grupo de estudiantes terminaba en la primavera de 2002, ya podían optar a recibir con un coste adicional el título de *Master of Science* en lugar de un Certificado. Desde entonces, todos los estudiantes han sido aceptados al programa del título de Máster.

Uno de los requisitos para los programas para graduados del Estado de Nueva Jersey es algún tipo de experiencia *capstone* normalmente alcanzada a través de una tesis o un examen exhaustivo. Después de cierta

TABLA 2
CURRÍCULUM PARA EL PROGRAMA DE MÁSTER EN
CIENCIA DE LA UNIVERSIDAD FAIRLEIGH DICKINSON

Curso	Horas
Fundamentos Biológicos de la Práctica de la Psicofarmacología I	48
Fundamentos Biológicos de la Práctica de la Psicofarmacología II Estos cursos presentan un enfoque integrado al estudio de los principales sistemas corporales (respiratorio, cardiovascular, renal, hematológico/inmunológico, gastrointestinal, endocrino, reproductivo, musculoesquelético, y dermatológico) que correlaciona conocimientos fundamentales de la anatomía, fisiología y fisiología patológica de un sistema específico del cuerpo con las aplicaciones clínicas (evaluación de la salud, examen físico, análisis de laboratorio) que conciernen a ese sistema. Se utilizará un enfoque de resolución de casos para la exploración de conceptos de medicina clínica. La finalidad de estos dos cursos es mejorar el reconocimiento del alumno de los signos y síntomas de condiciones médicas que requieren la colaboración y derivación a otros profesionales sanitarios, y proporcionar al alumno conocimientos sobre los correlatos psicológicos, biológicos y médicos de la enfermedad. Son también abordadas las secuelas de los agentes psicotrópicos y la familiaridad con los tratamientos médicos habituales de enfermedades comunes.	48
Neurociencia Este curso se centra en la anatomía y fisiología del sistema nervioso, empezando al nivel celular. Los conocimientos de los principios de neuroquímica, neuroendocrinología y neuropatología sirven de fundamento para la comprensión de los sistemas de neurotransmisores y su papel en la etiología y tratamiento de los trastornos mentales.	48
Neurofarmacología Este curso introduce la base de conocimiento concerniente a la farmacología y a la psicofarmacología. Incluye un estudio continuo de los sistemas neurotransmisores y otros factores en los tratamientos psicofarmacológicos de los trastornos mentales, así como una introducción a los tipos de medicamentos psicotrópicos.	48
Farmacología Clínica Este curso presenta los tipos principales de drogas (excluyendo los psicotrópicos) y su uso en escenarios clínicos. Incluye un análisis social, cultural y conductual de la prescripción de medicamentos.	48
Cuestiones Profesionales y Gestión de la Práctica Este curso revisa cuestiones referentes a la prescripción desde la perspectiva de un profesional sanitario. También se tratan cuestiones legales y éticas, así como estándares de asistencia que van desde el consentimiento informado a la documentación. Relaciones interprofesionales y aspectos de la práctica colaborativa, así como estrategias de mejora de la práctica tales como ayudas computerizadas, proporcionarán a los estudiantes una sólida base para la integración continua de la psicofarmacología en su práctica profesional.	48
Cuestiones relativas al Tratamiento en Psicofarmacología: Trastornos Afectivos	48
Cuestiones relativas al Tratamiento en Psicofarmacología: Trastornos Psicóticos	48
Cuestiones relativas al Tratamiento en Psicofarmacología: Trastornos de Ansiedad	48
Cuestiones relativas al Tratamiento en Psicofarmacología: Otros Trastornos Esta serie centrada en el tratamiento proporciona a los estudiantes acceso a experiencias de práctica virtual mediante información didáctica y estudio de casos de categorías específicas de trastornos mentales. Cada caso engloba lo siguiente: diagnóstico/diagnóstico diferencial; etiología/base biológica del trastorno; opciones de tratamiento psicofarmacológico, incluyendo los mecanismos de acción, efectos secundarios, efectos adversos, polifarmacia, interacción de drogas, y educación de pacientes. Se presentan la integración de las estrategias de tratamiento, así como de la base empírica de los tratamientos. Los trastornos que se tratarán en clase incluyen los trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos cognitivos, abuso de sustancias y dependencia química, dolor crónico, trastorno de estrés postraumático, y trastorno de déficit de atención con hiperactividad, así como otros.	48

consideración, pensamos que exigir el PEP servía para varios propósitos. En primer lugar, cumplía con el requisito del Estado. En segundo lugar, ya que el programa es a distancia, los críticos podrían preguntarse si los alumnos están realizando sus propios trabajos. Las demandas del programa hacen que sea poco probable que los alumnos pudieran reclutar a otros para hacer los trabajos por ellos, pero dado el carácter polémico de la formación, se pensó que sería mejor incluir salvaguardas. En tercer lugar, era poco probable que el PEP fuera a tener éxito a no ser que un número razonable de alumnos realizara el examen.

La exigencia del PEP ha resultado ser una buena decisión. Los datos preliminares sugieren que sobre el 30% de aquellos que realizan el PEP suspenden en su primer intento. Esto ha sido fuente de cierta controversia. Teniendo en cuenta que las personas que realizan el PEP ya han conseguido la licencia como psicólogo, y han completado un programa de formación de por lo menos 300-450 horas, algunos consideran que esta cifra de suspensos es excesivamente alta. Es probable que la cifra de suspensos se convierta más adelante en una mayor fuente de discusión, cuando más gente realice el examen como parte de su aplicación para convertirse en un psicólogo con capacidad para prescribir. Por el momento, la mayoría de las personas permanecen ignorantes de este tema. Hasta ahora, la cifra de aprobados de la Universidad Fairleigh Dickinson (FDU) ronda el 80%, sugiriendo que nuestra formación es por lo menos tan buena o mejor que la de los programas que usan los métodos tradicionales de enseñanza. Aun así, dada la dificultad del PEP, los estudiantes tienen la opción de un examen oral con tres miembros del Departamento si suspenden el PEP dos veces; este sistema para completar el título de Máster hasta el momento sólo ha sido necesario con un alumno. El examen oral también se ofrece a estudiantes que viven en países extranjeros, para los cuales la exigencia del PEP sería prohibitiva.

Una segunda revisión importante fue añadir un *practicum*. A pesar de la confusión sobre los estándares adecuados para tal experiencia, los estudiantes tenían ganas de empezar a aplicar lo aprendido tras completar el programa. Como resultado, se creó una experiencia práctica como un componente opcional. Para muchos estudiantes ha resultado difícil encontrar médicos en su comunidad dispuestos a ser sus supervisores. Consecuentemente, sólo unos 15 participantes del programa han optado por intentar el *practicum* después de

completar los cursos. Estos se han realizado en escenarios variados, incluyendo centros geriátricos, prácticas privadas e instalaciones psiquiátricas. Alrededor de la mitad han tenido a un psiquiatra como supervisor, con la otra mitad divididos entre una variedad de especialidades médicas. Los informes de los médicos supervisores han sido habitualmente excepcionales; en todos los casos, para el final del año de práctica el supervisor ya ha calificado al psicólogo como preparado para la práctica independiente.

En la actualidad, hay 46 estudiantes realizando cursos en el programa de FDU. Otros 85 estudiantes ya han completado los cursos y 26 de éstos han realizado el PEP. Durante los seis años del programa, 59 personas optaron por dejarlo en algún momento de su formación. Esto representa una media de 31 nuevos estudiantes cada año de los seis de existencia del programa. Mientras otros programas han abierto sus puertas a otros profesionales, o incluso a estudiantes graduados, para mantener el número de matrículas, todos los estudiantes del programa de FDU son psicólogos con nivel de doctorado. Casi todos han tenido la licencia, aunque a algunos se les ha permitido empezar el programa mientras completan el proceso de conseguir la licencia. Los participantes se han extendido por todo Estados Unidos y por varios países extranjeros, incluyendo Israel, España y Corea.

Un signo particularmente importante del éxito del programa es el creciente número de asociaciones de psicología del Estado que han recomendado el programa a sus miembros. Es recomendado por la Asociación de Psicología de Maryland, y es ahora el programa de formación oficial de las Asociaciones de Psicología de Tennessee, Georgia y Alabama. Estas relaciones han sido importantes ya que encauzan a los alumnos al programa, al mismo tiempo que aseguran a las asociaciones del Estado que sus miembros están recibiendo una educación de calidad.

Considero que un componente importante de mi posición es no sólo encargarme de las necesidades provincianas del programa sino también de desempeñar un papel en el avance de la implicación de los psicólogos en la farmacoterapia a los dos niveles, el educativo y el político. En el 2000, fui nombrado presidente del Comité de Educación y Entrenamiento (*Education and Training Committee*) de la División 55 de la APA. Durante los próximos años, llevaremos a cabo varios proyectos, incluyendo la creación de una hoja de cálculo

que proporciona una comparación directa entre los programas de formación existentes. Aunque un poco anticuada, está todavía disponible en <http://www.division55.org/Pages/ProgramComparisons.xls>. Estas actividades finalmente condujeron a mi nombramiento como presidente de la división, posición en la que me encuentro actualmente. También soy miembro de un grupo de trabajo que será pronto convocado por la APA con la finalidad de poner al día sus directrices referentes al currículum de formación en psicofarmacología.

El Programa de *Master of Science* en Psicofarmacología Clínica de la Universidad Fairleigh Dickinson ha pasado de sus problemáticos inicios a convertirse en uno de los programas de este tipo más respetados del país. Ha sido muy emocionante para nosotros y para nuestros alumnos participar de forma tan íntima en la siguiente fase de la evolución de la psicología profesional. He estado continuamente impresionado por la forma tan atenta en la que nuestros estudiantes buscan su formación, y el tema de cómo conseguir convertirse en profesionales que prescriben sin caer presos de las fuerzas que llevaron al enfoque completamente biológico de la psiquiatría moderna. Esa cualidad ha despejado mis preocupaciones iniciales sobre si ésta es la opción correcta para la Psicología. Tengo esperanza de que los psicólogos en los Estados Unidos estén a punto de crear un nuevo modelo de prescribir, en el que se utilice sólo la medicación como una herramienta auxiliar a las intervenciones psicosociales, en lugar de usarla como la principal o única modalidad de intervención. Ha sido un honor formar parte de ese proceso.

REFERENCIAS

- American Psychological Association Council of Representatives. (1996, August 12). *American Psychological Association recommended postdoctoral training in psychopharmacology for prescriptive privileges*. Washington, DC: Author. Available on-line at <http://www.rxpsychology.com/RxPMODCURRI.pdf>.
- Council of University Directors of Clinical Psychology (2001, September 26). *Report of the CUDCP Task Force Evaluating the Effect of Level 3 Training in Prescription Privileges upon the Scientist-Practitioner Model*. Washington, DC: Author. Available on-line at http://www.am.org/cudcp/CUDCP_Level_3_task_force_report.pdf.
- McGrath, R. E. (2004, August). Prescriptive training: Where we are and where we're going. In H. Rubin (Chair), *Pharmacotherapy training: Where are we and where are we going?* Symposium presented at the Convention of the American Psychological Association, Honolulu HI.
- McGrath, R. E., Wiggins, J. G., Sammons, M. T., Levant, R. F., Brown, A., y Stock, W. (2004). Professional issues in pharmacotherapy for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 158-163.
- Newman, R., Phelps, R., Sammons, M. T., Dunivin, D. L., y Cullen, E. A. (2000). Evaluation of the Psychopharmacology Demonstration Project: A retrospective analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 598-603.
- Sammons, M. T., y Brown, A. B. (1997). The Department of Defense Psychopharmacology Demonstration Project: An evolving program for postdoctoral education in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 107-112.

LA COLABORACIÓN ENTRE PEDIATRAS Y PSICÓLOGOS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TDAH

PEDIATRICIAN/PSYCHOLOGIST COLLABORATION IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH ADHD

George M. Kapalka
 Monmouth University

En los Estados Unidos, está aumentando la carencia de psiquiatras, y pacientes con necesidad de medicación psicotrópica a menudo se enfrentan a largas esperas y servicios limitados. Para disminuir la brecha creciente entre la oferta y la demanda, están incorporándose personas con capacidad para prescribir, formadas fuera de los escenarios médicos tradicionales. A pesar de que tradicionalmente los psicólogos han tenido poca formación médica, una nueva generación de psicólogos recibe ahora una exhaustiva formación en el uso de medicación psicotrópica, y dos Estados y un territorio de Estados Unidos ya han promulgado leyes que otorgan privilegios prescriptivos a psicólogos preparados. A medida que los psicólogos buscan formación médica, se convierten en un valioso recurso para los pediatras que a menudo son llamados para tratar trastornos psicológicos infantiles, además de problemas médicos. Los psicólogos pueden ser especialmente útiles para los pediatras que se enfrentan con la necesidad de diagnosticar y tratar adecuadamente a niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno psicológico más comúnmente diagnosticado en la infancia. Este trabajo resume los beneficios obtenidos para los pediatras, psicólogos y pacientes cuando se utiliza una relación de colaboración entre pediatras y psicólogos infantiles para el diagnóstico y tratamiento de niños con este trastorno.

Palabras clave: Colaboración Pediatra-Psicólogo, TDAH, capacidad para prescribir

In the United States, the shortage of psychiatrists is increasing, and patients who need psychotropic medications often face long wait times and limited services. To fill the widening gap between supply and demand, prescribers trained outside of traditional medical settings are stepping in. Although psychologists traditionally had little medical background, a new generation of psychologists now receives extensive training in the use of psychotropic medications, and two states and one US territory have already enacted laws that grant properly trained psychologists prescriptive privileges. As psychologists increasingly pursue medical training, they become a valuable resource for pediatricians who are often called upon to treat childhood psychological disorders in addition to medical problems. Psychologists can be especially helpful to pediatricians grappling with the need to properly diagnose and treat children with attention-deficit hyperactive disorder, the most commonly diagnosed psychological disorder in childhood. This paper outlines the benefits to pediatricians, psychologists and the patient population when a collaborative relationship between pediatrician and pediatric psychologist is utilized to diagnose and treat children with this disorder.

Key words: Pediatrician-Psychologist collaboration, ADHD, prescriptive authority

En los Estados Unidos, es común el uso de medicamentos para el tratamiento de trastornos psicológicos. Mientras algunos argumentan que esto es el resultado de los esfuerzos de la sociedad americana de encontrar un "arreglo rápido", la mayoría de profesionales sanitarios reconoce que muchos trastornos emocionales implican factores biológicos significativos. Por lo tanto, el tratamiento de estos trastornos a menudo necesita del uso de medicación.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS MÉDICOS

En los Estados Unidos, la carencia de psiquiatras está convirtiéndose en algo cada vez más aparente (Gold-

man, 2001). Como consecuencia, pacientes que necesitan servicios psiquiátricos se enfrentan a una larga espera para las citas iniciales. Además, la mayoría de los americanos están cubiertos por planes de seguros que utilizan compañías especializadas para revisar la necesidad médica de servicios y actúan como vigilantes para evitar la sobre-utilización de especialistas. Como el tratamiento suministrado por especialistas (incluidos psiquiatras) es considerado más caro que el tratamiento suministrado por médicos de atención primaria, los vigilantes de los planes de salud gestionados desaniman a los médicos de familia a derivar a especialistas. La frecuencia de derivaciones a médicos especialistas realizadas por cada médico de atención primaria es monitorizada, y los médicos que excedan las cuotas esperadas son retirados de las listas de médicos autoriza-

Correspondencia: George M. Kapalka. Monmouth University. Department of Psychological Counseling. West Long Branch, NJ 07764, U.S.A. E-mail: gkapalka@monmouth.edu

dos. Como resultado, los médicos de familia son presionados para tratar una amplia variedad de condiciones médicas, incluyendo tratamientos psiquiátricos. En lugar de utilizar psiquiatras, los médicos de familia americanos se responsabilizan de la prescripción y monitorización de medicaciones psicotrópicas, y en Estados Unidos más de dos tercios de toda la medicación psicotrópica es prescrita por médicos no psiquiatras.

Sin embargo, la mayoría de los médicos de familia tienen poca preparación en psicología o psiquiatría y saben poco sobre los psicotrópicos, y los trastornos para los que fueron diseñados. Este dilema es especialmente habitual en el tratamiento de niños. Hay pocos psiquiatras y neurólogos pediátricos, y sus listas de espera exceden las homólogas de adultos. Por consiguiente, la mayor parte de las medicaciones psicotrópicas prescritas a niños son hechas por pediatras. Por ejemplo, los psicoestimulantes, que son comúnmente utilizados en el tratamiento de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), son la categoría de medicación psicotrópica más frecuentemente utilizada con niños (Olfson, et al., 2002). Son los pediatras los que prescriben estos medicamentos más frecuentemente, aunque muchos de ellos no tienen conocimientos exhaustivos sobre la patofisiología y el tratamiento del TDAH.

LOS BENEFICIOS DE LA COLABORACIÓN ENTRE PEDIATRAS Y PSICÓLOGOS

Debido a sus ajetreados horarios, los pediatras dedican un tiempo limitado a cada paciente y no pueden realizar entrevistas a fondo sobre los datos personales, familiares, de desarrollo, salud, y sociales necesarios para un diagnóstico adecuado de la mayoría de los trastornos psicológicos. Por el contrario, los psicólogos están formados específicamente en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y tradicionalmente ven a pacientes en sesiones de una hora, normalmente una o dos veces por semana. Por lo tanto, los pediatras se pueden beneficiar de una relación de colaboración con psicólogos pediátricos, que les pueden ayudar en el diagnóstico y la planificación de un tratamiento integral de los niños con trastornos psicológicos.

Cuando los niños son medicados, los pediatras necesitan monitorizar el progreso del paciente y los efectos secundarios. Sin embargo, muchos pediatras no dominan los perfiles de respuesta a las distintas dosis y los

efectos secundarios de los psicotrópicos. Además, es posible que los pediatras no puedan atender a los pacientes con la frecuencia suficiente, ni con el tiempo suficiente, para poder explorar estas cuestiones. En consecuencia, existen oportunidades para que psicólogos adecuadamente formados ayuden a los pediatras en estas tareas.

Una relación de colaboración entre el psicólogo pediátrico y el pediatra será más útil para el pediatra cuando el psicólogo está muy familiarizado con la terminología y conceptos médicos, y con el uso correcto de los psicotrópicos (dosis y perfiles de respuesta, efectos secundarios, etc.). Aquellos psicólogos que buscan estas oportunidades para establecer estas relaciones de colaboración necesitan obtener la adecuada formación médica para adquirir el dominio de estas áreas.

El TDAH es el trastorno psicológico más comúnmente diagnosticado en población pediátrica (American Psychiatric Association, 2000). Por consiguiente, el modelo de colaboración abogado aquí es especialmente aplicable en la evaluación psicológica/pediátrica y en el tratamiento de este trastorno, y es más probable que los psicólogos, que están familiarizados con el tratamiento psicológico y médico del TDAH, sean especialmente bien recibidos por los pediatras.

EVALUACIÓN

Para realizar el diagnóstico adecuado del TDHA, se debe revisar exhaustivamente el historial médico, escolar, comportamental, social y de desarrollo del niño. Además, se deberían utilizar escalas de medición objetivas para proporcionar una medición objetiva de la gravedad de los síntomas. Los pediatras realizan habitualmente una entrevista breve con uno de los padres (normalmente la madre), y una breve observación del niño. Algunos utilizan también una escala de medición. Aunque estos métodos pueden ser suficientes en algunos casos, muchos niños presentan un patrón complejo de síntomas que requieren un enfoque más a fondo, y las entrevistas y cuestionarios breves podrían ser insuficientes para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Generalmente los psicólogos son más capaces de realizar estas evaluaciones exhaustivas para aclarar el diagnóstico.

Algunos trastornos emulan los síntomas del TDAH. Por ejemplo, niños o adolescentes que presentan síntomas de agitación podrían también parecer fácilmente distraídos,

inquietos, y mostrar bajo control de las descargas emocionales y bajo rendimiento escolar, siendo todos estos síntomas frecuentemente vistos en niños con TDAH. Pacientes tan jóvenes podrían ser erróneamente diagnosticados con TDAH, mientras que el diagnóstico correcto podría ser de trastorno afectivo. De todos los trastornos afectivos, es muy probable que los niños con trastorno bipolar sean inicialmente diagnosticados con TDAH (Bowring y Kovacs, 1992). La presentación de un trastorno bipolar en pediatría a menudo se asemeja a los síntomas del TDAH, con un nivel de actividad elevado, impulsividad, distractibilidad y juicio pobre. Muchos niños con trastorno bipolar, que son inicialmente diagnosticados con TDAH, empeoran cuando se intenta un tratamiento con psicoestimulantes (Biederman, 1998). Un psicólogo experimentado podría darse cuenta de que estos niños típicamente presentan una mayor magnitud en los cambios de humor, problemas de sueño y explosividad, y sería una inestimable ayuda para el pediatra a la hora de aclarar el diagnóstico.

Alrededor del 70 por ciento de los niños con TDAH responden positivamente a la medicación con estimulantes (Jadad, et al., 1999; Spencer, et al., 1996), mientras que aproximadamente el 30 por ciento no responden bien. Los niños con condiciones comórbidas son especialmente más propensos a tener una mala respuesta a los psicoestimulantes. Los estudios sugieren que aproximadamente una quinta parte de los niños con TDAH tienen un trastorno depresivo comórbido (Biederman, et al., 1991). Es fácil que estos trastornos no se detecten a primera vista, ya que la desregulación de las emociones y la agitación se atribuyen frecuentemente al TDAH. Sin embargo, estos síntomas podrían señalar la presencia de un trastorno depresivo y podría implicar un enfoque de tratamiento diferente. Cuando un niño presenta una depresión y un TDAH comórbidos, el uso de psicoestimulantes podría no ser el tratamiento inicial preferido. Los estudios han mostrado que algunos antidepresivos tienen índices de eficacia para el tratamiento del TDAH parecidos a los de los psicoestimulantes, al mismo tiempo que aborda los síntomas de la depresión. Históricamente, se ha considerado que los antidepresivos tricíclicos mejoran los síntomas del TDAH (Higgins, 1999); sin embargo, los perfiles de los efectos secundarios de estas medicaciones (incluyendo la ganancia de peso, sedación y posibles problemas cardíacos) resultan a menudo difíciles de tolerar. Antidepresivos más nuevos, incluyendo el bupro-

prion (Conners, et al, 1996) y el compuesto atomexitina, recientemente aprobado (Kratochvil, et al., 2002), han demostrado ser eficaces en el tratamiento de ambos, el TDAH y la depresión, con perfiles de efectos secundarios más favorables. Cuando un psicólogo determina que un niño presenta síntomas de TDAH y depresión, debe ayudar al pediatra en la elección de la medicación (o una combinación de medicaciones) que será más eficaz en el tratamiento de todos los síntomas.

De modo parecido, aproximadamente una sexta parte de todos los niños con TDAH presentan también un trastorno de ansiedad comórbido (Newcorn, et al., 2001). Los miedos infantiles y problemas de sueño que son comunes en los trastornos de ansiedad podrían ser atribuidos a los síntomas del TDAH, o se podrían considerar como manifestaciones normales de la niñez. Más aún, los niños con TDAH, que presentan tendencia a tener miedos, ansiedad y comportamiento obsesivo, son a menudo difíciles de medicar adecuadamente. El efecto psicotrópico de los psicoestimulantes se produce al incrementar la actividad en las vías dopaminérgicas, y en menor grado, en las noradrenérgicas. Al aumentar la disponibilidad de estos neurotransmisores podría exacerbar los síntomas de miedo, ansiedad, y de comportamiento obsesivo. Por lo tanto, los psicoestimulantes no son las mejores medicaciones iniciales para usar con niños con TDAH que presentan síntomas obsesivos o de ansiedad. En su lugar, modafinil, un estimulante típico, podría ser una buena opción. Igualmente, los agonistas alpha-2 adrenérgicos, como son la clonidina o el guanfacina, también han mostrado mejorar los síntomas del TDAH sin aumentar la ansiedad (Connor, et al, 1999). Los psicólogos pueden ayudar a los pediatras a ser más conscientes de los síntomas comórbidos de ansiedad que presentan los niños e influir en la decisión sobre qué medicación representaría la mejor opción.

Un niño con un TDAH y un trastorno por tics comórbidos también merece discusión. Durante muchos años, la sabiduría tradicional considera que los psicoestimulantes empeorarían los tics. Por ello, cualquier niño con TDAH con una historia comórbida de tics no era un buen candidato para los estimulantes. La investigación reciente ha demostrado que éste era un enfoque equivocado. La comorbilidad entre el Trastorno de La Tourette (TT) y TDAH es significativa, con más del 50 por ciento de los niños con TT que presentan un TDAH comórbido (American Psychiatric Association, 2000). Ambos trastornos son

probablemente debidos a anomalías en el gen del transportador de la dopamina. Varios estudios han mostrado que niños con TT y TDAH sí responden a la medicación con estimulantes (ej., Gadow, et al., 1995). Cuando los estimulantes son usados, se reducen ambos, el TDAH y los síntomas del TT. De este modo, un psicólogo pediátrico podría ayudar a un pediatra a decidir si se justifica una prueba de medicación con estimulantes a niños que presentan TDAH y un trastorno de tics comórbido.

TRATAMIENTO

Algunos padres se resisten a un tratamiento de salud mental a largo plazo. Las razones para ello son complejas. Uno de los factores determinantes es la cobertura médica limitada. En los Estados Unidos, muchas familias carecen de los medios económicos o del seguro médico adecuado para permitirse un tratamiento de salud mental prolongado. Por consiguiente, los pediatras podrían ser reacios a derivar a los niños a un psicólogo. Sin embargo, los padres son más receptivos a una derivación para una consulta de dos sesiones, cuando está claro que el propósito es para aclarar el diagnóstico. He tenido mucho éxito con un enfoque en el que la primera sesión se dedica sólo a los padres, para revisar la descripción de los síntomas y la información personal, familiar, escolar, sanitaria y social relevante. La segunda sesión incluye una entrevista/observación del niño. Entre las sesiones, los padres completan escalas de medición de comportamiento, como las Escalas de Medición de Conners (Conners, 1998), o los Cuestionarios de Situaciones Casa/Escuela de Barkley (Barkley y Murphy, 2006). Esta evaluación se puede realizar dentro de las dos semanas de la derivación del pediatra y permite que el médico y los padres reciban un *feedback* oportuno sobre el diagnóstico y la disponibilidad de opciones de tratamiento. Muchos pediatras que derivan niños para una evaluación con un neurólogo pediátrico actualmente utilizan este modelo de derivación. Los psicólogos pediátricos familiarizados con cuestiones médicas y psicofarmacológicas también pueden ser una opción de derivación viable para estos pediatras. Una evaluación de dos sesiones con un psicólogo pediátrico tiene probablemente un coste similar a una evaluación con un neurólogo y normalmente puede realizarse con mayor prontitud ya que, en los Estados Unidos, la mayoría de los psicólogos no tienen tiempos de espera tan largos como los de los neurólogos pediátricos.

En otros casos, los padres intentan evitar que se medique a sus hijos. Algunos padres creen que los profesionales médicos abusan de la medicación y no son receptivos a otros tratamientos no médicos. Esos padres buscan enfoques de tratamiento alternativos cuando se enteran de que su hijo presenta síntomas de un trastorno, como ocurre con el TDAH. En esos casos, los pediatras también se beneficiarían de una derivación a un psicólogo pediátrico médicamente formado. Los pediatras pueden estar seguros de que el psicólogo será capaz de determinar objetivamente si la medicación es estrictamente necesaria para el tratamiento de los síntomas. En algunos casos en los que el tratamiento sin medicación probablemente no producirá demasiado beneficio, los padres podrían ser más receptivos a recibir este tipo de información de un profesional no médico, y podrían mostrarse más dispuestos a considerar la necesidad de volver al pediatra para recibir la medicación necesaria. Por otro lado, en los casos en los que la medicación podría no ser absolutamente necesaria, y la utilización de opciones no médicas (por ejemplo modificación de conducta), es una alternativa razonable, un psicólogo puede proporcionar este servicio y monitorizar el progreso del niño. Si el niño tiene una respuesta suficiente, la familia ha recibido el servicio necesario y se ha evitado el uso innecesario de medicación. Si la respuesta es insuficiente, se puede realizar en cualquier momento del proceso una derivación para medicación.

ACERCAMIENTO A LOS PEDIATRAS

Muchos pediatras no son conscientes de que algunos psicólogos tienen una significativa preparación de base en psicofarmacología. Tradicionalmente, los psicólogos americanos no han recibido una formación exhaustiva en medicina y en el uso de psicotrópicos, y muchos son en general críticos del uso de medicación psicotrópica. Sin embargo, durante las últimas dos décadas más psicólogos buscan una amplia formación en psicofarmacología. Recientemente, dos Estados (Nuevo México y Louisiana) y un territorio de los Estados Unidos (Guam) han aprobado una legislación que permite a los psicólogos adecuadamente formados prescribir medicación psicotrópica. Continúan los esfuerzos en muchos otros Estados para aprobar legislaciones similares, y cientos de psicólogos a lo largo de los Estados Unidos han completado una formación médica exhaustiva.

Para concienciar a los médicos de que algunos psicólogos tienen la suficiente base y formación para poder contribuir a las decisiones sobre los tratamientos médicos, se necesitan esfuerzos significativos para llegar a éstos. Los psicólogos necesitan comunicar a los médicos que (cuando sea apropiado) no sólo son receptivos respecto al uso de medicaciones, sino que además son competentes en la selección, dosificación y monitorización del uso de psicotrópicos. Los psicólogos que poseen esta formación de base en psicofarmacología, y que están dispuestos a proporcionar servicios centrados y limitados en el tiempo, complementarán los servicios pediátricos, siendo probable que la mayoría de los pediatras se sientan cómodos tratando a los pacientes de forma conjunta con estos psicólogos. Una relación profesional de colaboración entre un pediatra y un psicólogo pediátrico será gratificante para ambos profesionales, y permitirá que los pacientes reciban servicios eficaces, efectivos y rentables. El tratamiento de niños con TDAH es un área donde este tipo de relación de colaboración es especialmente necesario.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Biederman, J., Newcorn, J., y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J. (1998). Resolved: Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1091-1093.
- Bowring, M. A., y Kovacs, M. (1992). Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 611-614.
- Conners, C. K., Casat, C. D., y Gualtieri, C. T. (1996). Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1314-1321.
- Conners, C. K. (1998). *Conners rating scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Connor, D. F., Fletcher, K. E., y Swanson, J. M. (1999). A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1551-1559.
- Gadow, K. D., Sverd, J., Sprafkin, J., Nolan, E. E., y Ezor, S. N. (1995). Efficacy of methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder in children with tic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 444-455.
- Goldman, W. (2001). Is there a shortage of psychiatrists? *Psychiatric Services*, 52, 1587-1589.
- Higgins, E. S. (1999). A comparative analysis of antidepressants and stimulants for the treatment of adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Family Practice*, 48, 15-20.
- Jadad, A., Booker, L., y Gould, M. (1999). The treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: An annotated bibliography and critical appraisal of published systematic reviews and metaanalyses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 1025-1035.
- Kratochvil, C. J., Heiligenstein, J. H., Dittmann, R., Spencer, T. J., Biederman, J., Wernicke, J., Newcorn, J. H., Casat, C., Milton, D., y Michelson, D. (2002). Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: A prospective, randomized, open-label trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 776-784.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Hoza, B., Kraemer, H. C., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T., y Vitiello, B. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 137-146.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M., y Jensen, P. S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 514-521.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., y Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.

Crónica desde el campo de batalla: La lucha en curso en Hawai y Louisiana por la obtención de la capacidad legal de prescribir para los psicólogos

Dispatch from the Battle Field: Hawaii's and Louisiana's Ongoing Struggles for Prescription Authority for Psychologists

Pat DeLeon. *Ex-Presidente de la APA*

Jim Quillin. *Presidente de la Luisiana Psychological Association*

HAWAI

Durante la sesión del año pasado de la Asamblea Legislativa de Hawai, la Asociación Hawaiana de Psicología (AHP), bajo el mandato de Jill Oliveira-Berry y Robin Miyamoto, tuvo éxito en conseguir que se estableciera un Grupo de Trabajo temporal para explorar la viabilidad de que los psicólogos prescriban. Dos defensores legislativos de la AHP copresidieron el grupo. Este año, la Cámara de Representantes de Hawai aprobó la HR 2589, la cual permitiría prescribir a psicólogos adecuadamente formados, y que ejercen en centros de salud comunitarios cualificados federalmente y en áreas con escasa asistencia médica. La legislación fue apoyada por cada uno de los 13 directores de los centros de salud comunitarios; HMSA, el plan de Hawai del Blue Cross/Blue Shield; y la Asociación de enfermeros de Hawai. La búsqueda de la AHP se convirtió en tema de debate en la radio y en artículos de prensa (incluso en la página editorial), donde recibió la entusiasta aprobación de la Asociación de Atención Primaria de Hawai. El Comité de Salud del Senado recomendó la adopción de la propuesta de la Cámara y, finalmente, ambos cuerpos legislativos se pusieron de acuerdo en un compromiso, por el que a la Oficina de Referencia Legislativa del Estado se le encargó estudiar el tema e informar sobre sus conclusiones a la Asamblea Legislativa, para su consideración en la sesión legislativa de 2007. Incluido en este informe debe haber una revisión de las experiencias RxP (prescripción por psicólogos) del Departamento de Defensa. A mi juicio, la AHP tuvo un progreso considerable, sobre todo en la educación de la comunidad con respecto a los conocimientos y experiencia clínicas de nuestra profesión, así como en implicar realmente a sus miembros en la determinación de su propio futuro. Una visión del proceso de alguien desde dentro – Ray Folen:

Habiendo pasado previamente por el Comité de Salud de la Cámara, se reconoció que este proyecto de ley sobre la capacidad legal para prescribir estaba bien encaminado. Es un proyecto de ley de acceso a la atención sanitaria para las personas de nuestro Estado con poca asistencia y sin seguro, que buscan atención en los centros de salud comu-

nitarios (CSCs). Los psicólogos, bien representados en estas áreas, son, en la mayor parte de los casos, incapaces de conseguir el apoyo psiquiátrico necesario. El trabajo de colaboración con los médicos de atención primaria ha resultado ser una alternativa satisfactoria. Confían en la preparación psicofarmacológica de los psicólogos médicos, y quieren que éstos trabajen con más independencia.

La psicología ha estado bien representada en la vista. Robin y Jill, copresidentes del Grupo de Trabajo RxP de la AHP, ofrecieron un testimonio excepcionalmente persuasivo, también ofrecido por muchas otras partes tales como: miembros del Consejo de la AHP, posdoctorados en psicología en formación, empleados de los CSC, directores de los CSC, la Dirección de la Práctica Profesional de la APA, la Academia de Psicólogos Médicos de Louisiana, psicólogos con capacidad legal para prescribir DoD, trabajadores sociales, y organizaciones comunitarias como la Asociación de Atención Primaria de Hawai. Los psicólogos que trabajan en los CSC testificaron y expusieron declaraciones convincentes, pero claramente el mensaje más poderoso que comunicaron a la Asamblea Legislativa fue su propia presencia en las comunidades rurales y con poca asistencia sanitaria.

La psiquiatría organizada, dándose cuenta de que el proyecto de ley RxP (prescripción por psicólogos) ya estaba bien encaminado, fue especialmente desagradable durante la vista. Resulta increíble que algunos de nuestros legisladores aún encuentren persuasivos sus argumentos interesados. ¿No importa que muy pocos de ellos atiendan a las personas con poca asistencia?, ¿no importa que no hayan empezado ningún tipo de esfuerzo significativo para atender los problemas mentales de esta población? Afortunadamente, algunos de nuestros legisladores continúan defendiendo nuestros esfuerzos para aumentar el acceso a la atención, a pesar de la oposición.

La psiquiatría ha expuesto fervientemente los mismos argumentos cansinos. Expusieron que en Hawai el número de psiquiatras *per capita* es mayor que en otros Estados, pero dejaron de mencionar que muy pocos psiquiatras tratan a pacientes con Medicaid, con asistencia social o sin

seguro. De hecho, incluso en la Honolulu rural, es casi imposible que un paciente con asistencia social consiga una cita con un psiquiatra. La psiquiatría hizo todo lo posible para asustar a la Asamblea Legislativa, evocando visiones de psicólogos matando a pacientes y, por supuesto, no mencionaron la evidencia de los informes DoD, GAO y de los psicólogos de Louisiana, que sugieren realidad mucho más positiva. Afortunadamente, varios psicólogos que testificaron más tarde en la sesión tuvieron la oportunidad de corregir estas distorsiones.

Más notorias fueron las descaradas mentiras y tergiversaciones. Un psiquiatra del Estado, intentando minimizar la grave carencia de servicios psiquiátricos, declaró que ‘cada milla cuadrada del Estado estaba cubierta por un psiquiatra en la División de Salud Mental Adulta,’ pero se olvidó mencionar que la División sólo proporciona servicios a la población con trastornos mentales graves. Después de que Robin hablara con elocuencia y detalle sobre la preparación adicional que reciben los psicólogos que van a prescribir, un psiquiatra le dijo a los legisladores que era ‘un programa de 11 semanas’. Después de que Robin enseñara un mapa que mostraba dónde estaban los psicólogos proporcionando servicios en las áreas con poca atención médica, un psiquiatra testificó que los psicólogos no trabajan en zonas desfavorecidas. También nos pareció graciosa la creatividad de un testimonio: un psiquiatra dijo que no leemos revistas médicas, y que, por lo tanto, no deberíamos prescribir; otro psiquiatra mostró un gráfico con los dos años de formación RxP como si se realizasen en dos horas. Cuando fueron presionados por los legisladores para que definieran la formación mínima necesaria para prescribir, los psiquiatras sugirieron a regañadientes que sería la formación mínima requerida para tener la licencia de APRN (enfermero de práctica avanzada). Cuando les preguntaron en qué consistía esa formación, ¿no tenían ni idea! Un profesor de Psiquiatría llamó inmorales tanto a la Psicología como a la Asamblea por promover el proyecto de ley.

Uno de los momentos más perturbadores de la vista fue cuando una paciente, notablemente medicada, leyó un testimonio que le habían preparado en oposición al RxP. La paciente se tropezaba con palabras que no podía ni pronunciar y que obviamente nunca había visto, repitiendo como un loro argumentos que no parecía comprender.

En las últimas dos décadas hemos colocado a muchos psicólogos en áreas del Estado con poca asistencia sanitaria; hay psicólogos en el 80% de todos los CSC y el objetivo es que haya en el 100% para finales de 2006. Hemos expresado un modelo financiero que permitirá a los CSC recuperar fácilmente los costes de contratar a psicólogos médicos. Tenemos una Universidad (Argosy

University/Honolulu) con la principal misión de formar a psicólogos para que trabajen con poblaciones diversas y marginadas. Contamos con un programa de formación posdoctoral en psicofarmacología. Por otro lado, la psiquiatría sólo está colocando al 3% de sus graduados en zonas con poca asistencia médica. No puede cubrir todas las plazas de residencia, sin reclutar el 40% de países extranjeros. El objetivo de la psiquiatría en la vista fue fomentar el miedo y la confusión en la Asamblea. En el pasado, esta estrategia ha sido efectiva. Sin embargo, parece que la palabra razonada está ganando posiciones”. Además, añadiremos que los miembros de la AHP están completamente implicados.

LOUISIANA

En el 2004 llegó la culminación de toda una década de trabajo y de cuatro sesiones legislativas, cuando el Gobernador de Louisiana firmó el estatuto de los Psicólogos Médicos que autorizaba a psicólogos específicamente formados (Psicólogos Médicos) [MPs] prescribir medicamentos para el tratamiento de trastornos psiquiátricos. Tras la implementación de este estatuto con la promulgación y publicación del decreto que lo regula por el Consejo de los Examinadores de los Psicólogos de Louisiana, MPs con las credenciales adecuadas empezaron a ejercer con esta ampliación de la práctica. Sin embargo, el Sistema de Salud Mental del Estado, dominado y controlado por psiquiatras que se han opuesto rotundamente a esta legislación, se negaron a hacer las necesarias prestaciones para que los MPs que trabajan para el Estado pudieran ejercer con el máximo alcance de la ley. El punto más bajo (hasta el momento) de esta oposición llegó inmediatamente después del Huracán Katrina, cuando la Oficina de Salud Mental del Estado silenciosamente desechó los planes para utilizar los MPs contratados por el propio Estado, para proporcionar servicios psiquiátricos de emergencia asociados a la tormenta y sus secuelas, reasignando a los empleados MPs clave de la Oficina de Estado, a actividades no clínicas y de apoyo de varios tipos. Por consiguiente, a finales de 2005, la Asociación de Psicología de Louisiana (APL) y su organización hermana, la Academia de Psicólogos Médicos de Louisiana (APML), volvieron a unir fuerzas con la Dirección de la Práctica Profesional de la APA y CAPP para hacer frente a esta inaceptable situación.

Muy pronto, un estatuto de ‘Salud Mental’ anticuado fue objeto de revisión, ya que, entre otras disposiciones problemáticas, sostenía que únicamente un médico podía encargar o prescribir medicación para pacientes en el Sistema de Salud Mental del Estado. Curiosamente, durante el desarrollo de una estrategia legislativa para corre-

gir este problema, se supo que la Asociación de Enfermeros Practicantes de Louisiana también había estado ojeando este estatuto, con la esperanza de que se revisara para que los enfermeros y enfermeras practicantes también pudieran funcionar de forma independiente dentro del sistema psiquiátrico del Estado. Estaban planificando presentar un proyecto de ley en la sesión legislativa de 2006 que consideraría a los enfermeros practicantes (EPs) y a los médicos (MDs) funcionalmente equivalentes dentro de este sistema. Decidimos enmendar esta legislación tras su introducción, para que los MPs pudieran prescribir en el Sistema de Salud Mental del Estado y para que pudieran trabajar de forma cooperativa con las EPs para alcanzar algunos intereses comunes. La política, como es bien sabido, puede formar parejas muy extrañas.

Al principio, la Oficina de Salud mental controlada por psiquiatras, tras enterarse de nuestros planes de enmendar la ley, se dirigió a los enfermeros practicantes con la intención de intentar llegar a un compromiso que otorgara a las EPs un mayor papel en el sistema público de salud mental. Sin embargo, lo esencial del supuesto trato había de ser el rechazo a cualquier esfuerzo de aprobar una enmienda que implicara el reconocimiento explícito de los MPs en esta legislación. Comprensiblemente, los EPs necesitaban considerar seriamente este compromiso, ya que era en su propio interés ayudar a dar de lado a los MPs si esto podía asegurarles la aprobación de su legislación. Sin embargo, en la vista legislativa inicial, muy pronto resultó evidente para los EPs que la Psicología era un competidor formidable, y que la mejor forma de evitar que se les diera de lado a ellos también era sumarse a nosotros y seguir nuestros pasos. En esa vista del comité, la cuestión fue pospuesta una semana y la Oficina de Salud Mental dejó de ser un jugador significativo en este tema. Sin embargo, el Consejo de Estado de Examinadores Médicos de Louisiana y, curiosamente, la oficina de Servicios de Apoyo de Louisiana (que se oponía rotundamente a que las EPs tuvieran autoridad para emitir ‘certificados de emergencia’ o PECs para compromisos a corto plazo, como sí podían los médicos y ciertos psicólogos con la ley que preveía) se opusieron abiertamente a la legislación. Con un interesante giro de acontecimientos, la semana siguiente en una segunda vista en el mismo comité, la Psicología fue abordada por la Sociedad Médica. Parecía que su mayor preocupación era la emergente independencia de las EPs y, al contrario que sus homólogos psiquiatras, estaban bastante menos preocupados por los proyectos de que los MPs fueran explícitamente reconocidos en este instrumento. Comprensiblemente, estábamos interesados en cómo poder alcanzar nuestros objetivos comunes, pero no estábamos dispuestos a echar por la borda a las EPs y, a medida que

la sesión transcurría, continuamos trabajando con todas las partes para la consecución de un marco de lenguaje que podría ser aceptable para las partes implicadas en este asunto.

Debo ahora decirles honestamente que de todas las partes en este asunto, la Sociedad Médica fue la organización con la que era más fácil trabajar. Fueron muy directos y abiertos a alcanzar un compromiso equitativo. Al final, con nuestra ayuda, mucho trabajo y el liderazgo del presidente del Comité de Salud de la Cámara, se alcanzó tal compromiso. Se eliminó el lenguaje que reconocía a las EPs en el estatuto de salud mental y, en su lugar, reconocía únicamente a los enfermeros practicantes psiquiátricos. Para la Psicología en general, el lenguaje del compromiso cambió la disposición que limitaba la autoridad de ejecutar un PEC únicamente a psicólogos clínicos o de *counseling*, a psicólogos con una ‘especialidad clínica’, especialidades que serán determinadas por el Consejo de Examinadores de Psicólogos de Louisiana. También incluyó a psicólogos, psicólogos médicos y enfermeros practicantes psiquiátricos en la definición de ‘proveedores de atención primaria’ en los servicios de salud mental. Es más, el lenguaje del compromiso estipuló las credenciales específicas necesarias para que los psicólogos médicos y los enfermeros practicantes psiquiátricos ejerzan hasta el máximo potencial de su capacidad legal, dentro de las instalaciones de salud mental del Estado. Finalmente, el texto que restringía la prescripción de medicación en el Sistema del Estado a médicos, fue cambiado a lo siguiente: ‘Ninguna medicación será administrada de acuerdo con las disposiciones de este Capítulo, excepto bajo la orden de un médico, psicólogo médico o un enfermero practicante psiquiátrico. El médico, el psicólogo médico o el enfermero practicante psiquiátrico es responsable de toda la medicación que haya sido pedida y administrada al paciente’.

La AMPL, la APL, la Sociedad Médica, la Sociedad Psiquiátrica, y los enfermeros practicantes, todos aprobaron este texto (la Oficina de Apoyo seguía oponiéndose a que los enfermeros practicantes tuvieran autoridad PEC). Por desgracia, un compromiso tan amplio como éste lleva mucho tiempo y esfuerzo y, aunque a continuación arrasó por unanimidad en el Comité de Salud de la Cámara (una versión anterior había pasado por el Senado para su aprobación por los niveles de Comité y Cámara), el proyecto de ley languideció en la Cámara de Representantes atascado detrás de otros cientos de proyectos de ley. Para que se convirtiese en ley, tenía que ser aprobada en la Cámara de Representantes y volver al Senado para su visto bueno, ya que el lenguaje original fue considerablemente alterado. Todo esto debía ocurrir en la última semana de la sesión legislativa.



El viernes anterior al lunes, último día de sesión, estaba programado que se presentara nuestro proyecto de ley en la Cámara de Representantes. Justo en el momento en el que se iba anunciar, un representante saliente le pidió al portavoz un privilegio personal y se levantó para despedirse formalmente de sus compañeros de la Cámara. Terminó a las 18:05 horas y cuando nuestro proyecto de ley fue anunciado, el Secretario de la Cámara advirtió al portavoz que, bajo los nuevos cambios introducidos en la Constitución de Louisiana hace algunos años, ningún proyecto de ley, excepto los vistos para su aprobación por la otra Cámara, puede ser debatido después del día 85 de sesión legislativa o ¡más tarde de las 18:00 horas del día! Después de un repaso rápido de la Constitución, se determinó que sin embargo, con una votación de dos tercios en ambas Cámaras, se podría hacer caso omiso a esta disposición de la Constitución de Louisiana y mantener vivo el proyecto de ley.

A pesar de que esto nunca se había logrado con éxito anteriormente, estábamos decididos a ser los primeros en conseguirlo y, tras realizar las mociones pertinentes, hicimos que se votara este acontecimiento histórico en la Cámara de Representantes. Sin embargo, la Cámara a estas alturas estaba de pésimo humor y molestos con el Senado, que no estaba debatiendo, y retornando los proyectos a la Cámara de Representantes a esta hora tan tardía. Dos antiguos portavoces de la Cámara de Representantes de Louisiana se opusieron debido a que nuestro proyecto debía pasar por el Senado, y requiriendo un margen de votación de dos tercios recibimos sólo 67 de los 70 necesarios.

Nosotros (Grupo de Presión de la APML/APL, Bud Courson y Jim Nickel, miembro del Grupo de Presión de los EPs y yo mismo) nos retiramos a la tranquilidad del área colindante a la Cámara de Representantes, casi vacía por entonces. Se unió a nosotros la ponente de la Cámara responsable de este proyecto de ley, quien, física y psicológicamente exhausta, lloraba y se disculpaba porque habíamos fracasado. En una escena que no olvidaré nunca, Bud abrazó tiernamente a esta antigua defensora de causas relacionadas con la salud y le dijo que no se sintiera mal. Nos habló en voz baja mientras nos apiñamos en la creciente oscuridad de la tarde, susurrando que habíamos llegado muy lejos y recordándonos que los milagros son nuestra especialidad. Acordamos volver de nuevo el domingo por la tarde, el Día del Padre, para intentar una vez más este esfuerzo histórico. Unos minutos más tarde, tras coordinar nuestros horarios y despedirnos, me acerqué a un banco donde me esperaba mi esposa para ir a cenar, cuando de repente y por el rabillo del ojo, vi a Bud volver corriendo hacia la Cámara de Representantes. Le alcancé cuando llegaba a una entrada lateral, mirando fijamente algo que sólo él podía ver. Después de lo que pareció una eternidad, se volvió hacia mí y únicamente dijo,

‘este es el momento’. Nos sentamos en la galería vacía detrás de la Cámara. Uno de los antiguos portavoces, que se había puesto en nuestra contra, estaba sentado justo delante de nosotros. Se giró en su asiento hacia nosotros y dijo desafiantemente que también esta votación fracasaría. Momentos más tarde, se demostró que estaba equivocado, ya que la Cámara de Representantes de Louisiana votó hacer caso omiso a la Constitución y permitir que nuestro proyecto de ley fuese debatido, con un resultado de 81 a 10, con 13 ausencias. Más tarde esa noche, justo antes de que se levantase la sesión, nos trasladamos a la otra Cámara donde el Senado votó 35 a 0 a suspender la Constitución y permitir que nuestro proyecto de ley se votara. El día del Padre, la Cámara de Representantes de Louisiana retomó nuestro proyecto de ley y lo aprobó con un margen de 90 a 7, con 7 ausencias. Al día siguiente, en el último día de la sesión legislativa de 2006, el Senado de Louisiana hizo lo mismo y aprobó el proyecto de ley con una votación favorable de 35 a 0. La Gobernadora Kathleen Blanco, firmó el 29 de junio este proyecto, convirtiéndolo en ley como Acta 664. Teniendo vigencia a partir del 15 de agosto.

Mientras intentaba dormir esa noche que fuimos capaces de anular una barrera constitucional para mantener vivas nuestras esperanzas, mi mente revivía la historia que había tenido el privilegio de presenciar aquella tarde. Pensé en la Psicología y lo lejos que habíamos llegado. Pensé en aquellos que habían perdido la esperanza de lograr el éxito legislativo y que hubieran deseado haber estado conmigo. Pensé en un día frío, cazando patos con mi padre, cuando él me dijo que habría muchos momentos en mi vida en los que recordaría lo que me iba a contra: ‘Hijo, si no te rindes, ganas.’ Él tenía razón.

Para los que tienen un interés personal en seguir la agenda RxP, existen magníficos programas de formación dirigidos a practicantes a tiempo completo. Y me gustaría sugerir que se debería seriamente considerar obtener las credenciales de ‘Psicólogo Médico’ en el Estado de Louisiana. La movilidad de la licencia siempre fue una alta prioridad del último presidente de la APA, Ron Levant, y Russ está trabajando conjuntamente con las Juntas de Psicología de las Asociaciones de Estados y Provincias (ASPPB), la Junta Americana de la Psicología Profesional (ABPP), y el Registro Nacional de Proveedores de Servicios de Salud en Psicología, para hacer de esto una realidad y por lo tanto, conseguir que nuestra profesión entre en el siglo XXI. En la era de la tecnología de la tele salud y las comunicaciones virtuales instantáneas, las distancias geográficas ya no será una excusa aceptable para que la asistencia sanitaria sea menos que óptima. El siglo XXI presentará oportunidades estimulantes para los que tienen visión de futuro, para los que se atreven a perseguir con vigor el futuro, y especialmente para los que ‘no se rinden’.



Estado de California: Proyecto de Ley número SB 993, sobre la prescripción de psicofármacos por Psicólogos Clínicos

State of California: Bill number SB 993 allowing psychologists to prescribe Psychotropic medication

Texto del Proyecto de Ley presentado por el Senador Calderón el 23 de febrero de 2007

Acto para enmendar la Sección 2904, y añadir el Artículo 1.5 (comenzando en la Sección 2919.10) al Capítulo 6.6 de la División 2, del Código de Empresas y Profesiones, relativo a las ciencias de la salud.

RESUMEN DEL CONSEJO LEGISLATIVO

SB 993, presentado, Calderón.

Psicólogos: área de práctica: prescripción de medicamentos.

La ley vigente, Ley de Licencias en Psicología, provee la colegiación y la regulación de la práctica de la Psicología a través de la Junta de Psicología del Departamento de Asuntos de Consumo. La ley existente excluye la prescripción de medicamentos del área de actuación de un psicólogo colegiado.

Este proyecto de ley autorizaría, con determinadas excepciones, a la Junta a entregar un certificado de prescripción o un certificado de prescripción temporal a un psicólogo colegiado autorizándole, dentro de su área de actuación, a recetar determinados medicamentos si se cumplen ciertas condiciones.

Voto: mayoría. Asignación económica: no. Comité fiscal: sí. Programa local de obligación estatal: no.

EL ESTADO DE CALIFORNIA LEGISLA LO SIGUIENTE

SECCIÓN 1. La Legislatura encuentra y declara todo lo siguiente:

- (a) La prestación de cuidados médicos integrales, accesibles y asequibles puede verse implementada si se otorga a los psicólogos clínicos colegiados en California capacidad legal limitada de prescribir, con el fin específico de proporcionar servicios médicos de salud mental integrados. La Legislatura ha autorizado previamente privilegios de prescripción a enfermeras especializadas, optometristas, dentistas, podólogos, osteópatas, asistentes médicos y naturópatas.
- (b) A los psicólogos con la acreditación correspondiente les ha sido permitido durante muchos años prescribir

medicación a personal militar en el servicio activo y a sus familiares dentro de las instalaciones militares. Luisiana y Nuevo México son dos Estados que han adoptado legislación autorizando la capacidad legal de prescribir a los psicólogos.

- (c) Durante muchos años, a los psicólogos en California se les ha permitido debatir, tanto con sus pacientes como con los médicos, sobre medicamentos psicotrópicos y recomendarlos. Los psicólogos en California colaboran rutinariamente con los médicos de atención primaria para proveer de terapia combinada y cuidados psicofarmacológicos a sus pacientes. Los psicólogos californianos tienen privilegios en hospitales independientes.
- (d) Los psicólogos colegiados en California han de completar una media de siete años de formación de postgrado y tres mil horas de postgrado de práctica supervisada en diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Los psicólogos clínicos también han obtenido Mástres adicionales en Psicofarmacología clínica o equivalentes, y han aprobado un examen de psicofarmacología a nivel nacional. Debido a que el área de actuación de los psicólogos clínicos en California no incluye actualmente la prescripción de medicamentos, sus pacientes deben acudir a consulta de pago con otro proveedor para obtener la prescripción requerida. Sin embargo, los médicos no están disponibles en muchas zonas, ni para minorías dentro de la población.
- (e) Esta es una dificultad particular de los pacientes que residen en áreas con escasa atención médica o en áreas rurales.

En el caso de los pacientes que requieren tratamiento en instalaciones de salud mental del Estado o Condado, incluido el Departamento de Corrección y Rehabilitación, los psicólogos clínicos podrían eliminar el problema de acceso ante la escasez de cuidados médicos y psiquiátricos, al tiempo que aumentarían significativamente la eficacia de los tratamientos de salud mental. Un tratamiento eficiente, a tiempo, y efectivo en costes de las enfermedades mentales evi-

taría los evidentes mayores costes sociales, económicos y médicos causados por la falta de tratamiento de segmentos de población con necesidades.

(f) Datos de investigaciones demuestran claramente que no existen suficientes recursos de salud mental disponibles para cubrir las necesidades de toda la población en California, debido a la tremenda escasez de psiquiatras. Además, quienes presentan desventajas económicas o escasez de recursos médicos no recibirían apenas servicios de salud mental si no fuese por los servicios proporcionados por los psicólogos clínicos.

(g) El Estado de California ha reconocido hace tiempo el deficiente estado de los servicios de salud mental de sus ciudadanos.

California tiene algunas de las más altas cotas de problemas psicológicos no tratados de los Estados Unidos. Las preocupaciones más recientes incluyen la auditoría del sistema de prisiones debido a la incapacidad del Estado para proveer a los internos con los adecuados servicios de salud física y mental. Existen numeras acusaciones formales contra el Estado de California en las que se alega que los internos no reciben los cuidados de salud mental que recoge la constitución, debido a la seria falta de psiquiatras profesionales.

(h) El hecho de que pacientes de distintos bagajes culturales sean renuentes a buscar tratamiento, debido al estigma que conllevan los problemas mentales, está exacerbando la necesidad de tratamientos de salud mental en áreas con pocos servicios. Un acceso a tiempo a un diagnóstico adecuado, y al tratamiento eficaz de los trastornos del comportamiento y emocionales, contribuiría también sustancialmente a la responsabilidad del Estado sobre los niños y los adultos con necesidades en áreas rurales con pocos servicios.

(i) La Psicología profesional ha desarrollado un curriculum modelo para la formación y entrenamiento de psicólogos con derecho a prescribir. Evaluaciones independientes realizadas por el Proyecto Psicofarmacológico del Departamento de Defensa, por la Oficina General de Contabilidad de los Estados Unidos, y por el Colegio Americano de Neuropsicofarmacología, han demostrado que los psicólogos clínicos adecuadamente formados prescriben con seguridad y eficacia. Dos Estados, Nuevo México y Luisiana, y el territorio de Guam, permiten en estos momentos prescribir medicamentos psicotrópicos a psicólogos con la formación adecuada. Psicólogos del ejército han provisto de servicios de medicación al personal militar y sus familias

desde 1990. Cientos de miles, hasta más de un millón de recetas firmadas por psicólogos y ni un sólo paciente con daños. Tales datos sobrepasan con creces los de cualquier récord de seguridad en cuerpos profesionales con derecho a prescribir.

SECCIÓN 2. La sección 2904 del Código de Empresas y Profesionales se enmienda y dice:

2904. La práctica de la Psicología no incluirá la prescripción de medicación, la cirugía, o la administración de terapia electroconvulsiva. La práctica psicológica no incluirá la prescripción de medicamentos, excepto en los casos autorizados según el Artículo 1.5 (comenzando en la Sección 2919.10).

SECCIÓN 3. El Artículo 1.5 (comenzando en la Sección 2919.10) se añade al Capítulo 6.6 de la División 2 del Código de Empresas y Profesionales y dice:

Artículo 1.5. Certificado de Prescripción y Certificado Temporal de Prescripción.

2919.10. Según aparecen en este artículo, los siguientes términos tienen los siguientes significados, salvo que el contexto requiera otra cosa:

- (a) "Junta" se refiere a la Junta de Psicología.
- (b) "Relación de colaboración" significa una relación de trabajo cooperativa entre un psicólogo con un certificado temporal de prescripción y un doctor en medicina para proveer de cuidados médicos a un paciente, incluido el diagnóstico, y la cooperación en la gestión y desarrollo de los cuidados de salud mental y física.
- (c) "Narcóticos" quiere decir analgésicos opiáceos naturales y sintéticos, y sus derivados usados para aliviar el dolor.
- (d) "Formulario de tratamiento no-psicotrópico" se refiere a cualquier medicación que esté etiquetada para tratamiento de condiciones adversas causadas por la medicación psicotrópica.
- (e) "Profesional de la Salud mental con derecho a Prescribir" significa un profesional con formación médica y colegiado (médico, psiquiatra, enfermera especializada, o enfermera de salud mental).
- (f) "Medicación psicotrópica" alude solamente a los agentes relacionados con el diagnóstico y tratamiento de desórdenes mentales y emocionales, incluyendo sustancias controladas excepto narcóticos.

2919.15 (a) Un psicólogo puede solicitar a la Junta un certificado de prescripción temporal. La solicitud tendrá que ser realizada en un formulario aprobado por la Junta y

se acompañará de la documentación pertinente que demuestre que el solicitante cumple con lo siguiente:

- (1) Tiene una colegiación al día para la práctica de la Psicología en el Estado.
- (2) Ha completado con éxito un plan de formación psicofarmacológica en una institución de educación superior aprobada por la Junta, o en un programa de formación continua que se adecue a la formación postdoctoral profesional en Psicología o que haya sido recomendado por la Alianza Nacional de Psicólogos. Cualquier solicitante que haya obtenido un Máster en Psicofarmacología en una institución de educación superior acreditada regionalmente, o una institución aprobada por el Estado para proveer de dicha formación, o que haya recibido un certificado de aprovechamiento de un proveedor de formación continua designado por la Junta para dar esta formación a psicólogos colegiados en California, será considerado que cumple todos los requisitos de esta sección. Dicha formación debe incluir instrucción didáctica en el aula en al menos las siguientes áreas fundamentales de instrucción:
 - (A) Anatomía y Fisiología
 - (B) Bioquímica
 - (C) Neurociencias
 - (D) Farmacología
 - (E) Psicofarmacología
 - (F) Patofisiología
 - (G) Evaluación de la salud, incluidas evaluación relevante física y de laboratorio
 - (H) Farmacoterapias clínicas
- (3) Haya pasado un examen nacional de competencia, aprobado por la Junta, que haya puesto a prueba los conocimientos farmacológicos del solicitante en diagnóstico, cuidados y tratamiento de los trastornos mentales. La Junta establecerá la nota de corte y el número de veces que un solicitante pueda repetir el examen dentro de un período específico de tiempo.
- (4) Solicite una Licencia Federal de Drogas de uso limitado según restrinja la ley estatal.
- (5) Cumpla con todos los demás requisitos determinados por las reglas adoptadas por la Junta con el efecto de obtener un certificado temporal de prescripción.
- (b) La Junta expedirá un certificado temporal de prescripción si comprueba que el solicitante cumple con todos los requisitos de esta sección.

2191.20. (a) Un psicólogo en posesión de un certificado temporal de prescripción podrá administrar y prescribir medicación psicotrópica dentro del ámbito de actuación reconocido para la profesión, incluida la petición y revisión de tests de laboratorio en conjunción con la prescripción de medicación para el tratamiento de los trastornos mentales.

(b) Al prescribir medicación psicotrópica a un paciente, un psicólogo en posesión de un certificado temporal de prescripción deberá mantener una relación constante y de colaboración con el médico que supervisa los cuidados generales del paciente para asegurarse de que los exámenes médicos pertinentes se llevan a cabo, y para estar al tanto de cualquier cambio significativo en su condición física.

(c) Una prescripción escrita por un psicólogo con un certificado temporal de prescripción deberá cumplir con todo lo siguiente:

- (1) Con las leyes del Estado o federales pertinentes.
- (2) Ser identificado como emitido por un psicólogo en calidad de “Psicólogo Clínico”.
- (3) Incluir el número de la junta del psicólogo o el número identificativo asignado por el departamento de comercio y asuntos de Consumo.

(d) Un psicólogo en posesión de un certificado temporal de prescripción no debe delegar su capacidad legal de prescribir en ninguna otra persona.

Se mantendrán archivos de todas las prescripciones en los informes del paciente.

(e) Si están autorizados a prescribir sustancias controladas, un psicólogo en posesión de un certificado temporal de prescripción deberá archivar con la Junta en un tiempo razonable todos los registros y números individuales de la Agencia Federal de Drogas.

2191.25. (a) Un psicólogo podrá solicitar a la Junta un certificado de prescripción. La solicitud se hará en un formulario aprobado por la Junta y se acompañará de la documentación que demuestre a la Junta que el solicitante cumple con todo lo siguiente:

- (1) Le ha sido expedido un certificado temporal de prescripción y ha completado con éxito un año prescribiendo medicación psicotrópica.
- (2) Tiene colegiación al día para la práctica de la Psicología en California.
- (3) Cumple con todos los demás requisitos, determinados por las reglas de la Junta, para la obtención de un certificado de prescripción.

(b) La Junta concederá un certificado de prescripción si comprueba que el solicitante ha cumplido con todos los requisitos de la subdivisión (a).



2191.30. Un psicólogo con un certificado de prescripción podrá prescribir medicación psicotrópica si dicho psicólogo cumple con lo siguiente:

- (a) Continúa colegiado en California para la práctica de la Psicología.
- (b) Cumple los requisitos establecidos en el párrafo (2) de la subdivisión (a) de la Sección 2919.15.
- (c) Satisface anualmente los requisitos de formación continua para psicólogos, si la Junta lo dispone.

2191.35. (a) Desde el 1 de Julio de 2008, la Junta establecerá las reglas tendentes al establecimiento de un proceso a seguir para la obtención del certificado temporal de prescripción, el certificado de prescripción, y renovaciones de ambos. La Junta podrá establecer unas cuotas razonables de solicitud y renovación.

- (b) La Junta podrá establecer reglas tendentes a establecer las razones de denegación o revocación de un certificado temporal de prescripción o un certificado de prescripción, incluida una provisión para la suspensión o revocación de la licencia para practicar la Psicología en caso de suspensión o revocación de un certificado temporal de prescripción o un certificado de prescripción. Toda acción de denegación, suspensión o revocación de un certificado temporal de prescripción o un certificado de prescripción tendrá que atenerse a lo estipulado en este capítulo.
- (c) La Junta mantendrá archivos de todos los psicólogos con capacidad legal para prescribir, incluidos sus números y registros federales.
- (d) La Junta entregará a la Junta de Farmacia del Estado de California una lista anual de los psicólogos en posesión de un certificado temporal de prescripción. Dicha lista contendrá la información acordada entre la Junta y la Junta de Farmacia. La Junta notificará en la mayor brevedad a la Junta de Farmacia sobre los psicólogos añadidos o borrados de la lista.
- (e) La Junta será el único y exclusivo cuerpo administrativo que implementará y supervisará este artículo.

2191.40. (a) Este artículo no se utilizará para permitir a un psicólogo clínico la administración o prescripción de narcóticos.

- (b) Este artículo no será aplicable a lo siguiente:
 - (1) Cualquier persona que eduque, enseñe, consulte, o investigue en Psicología, en tanto en cuanto dichas actividades se lleven a cabo como consecuencia de un contrato de trabajo en institución de educación superior o universidad, cumpliéndose que tal persona no asuma la práctica de la Psicología fuera de las responsabilidades de su puesto de trabajo.

- (2) Cualquier persona que realice un servicio o combinación de servicios definidos como práctica de la Psicología bajo la dirección de un psicólogo colegiado y cumpliendo las reglas establecidas por la Junta, siempre que tal persona utilice el término “asistente de psicólogo” pero no se identifique a sí mismo como psicólogo o haga entender que está colegiado para la práctica de la psicología.
- (3) Cualquier persona empleada por una agencia gubernamental estatal, local o federal como psicólogo escolar o en un puesto de psicólogo que no implique servicios de diagnóstico o tratamiento, aunque sólo en las ocasiones en las que esa persona desarrolle funciones dentro de su puesto de trabajo para el Gobierno.
- (4) Cualquier estudiante de Psicología, becario, o residente preparándose profesionalmente para la práctica de la Psicología bajo la supervisión de una institución o instalación formativa, y que es designado con el título de “psicólogo en formación”, “estudiante de psicología”, “becario de psicología”, o “residente de psicología”, indicando el estatus formativo de la persona; siempre y cuando la persona no se identifique como psicólogo o dé a entender que es un psicólogo colegiado para la práctica de la Psicología.
- (5) Cualquier persona miembro de otro colegio profesional bajo las leyes de esta jurisdicción que administre o anuncie servicios, incluida la psicoterapia, que se encuentren dentro del ámbito de la práctica profesional definida en los estatutos o reglas que regulen la práctica profesional de esa persona, siempre y cuando no se presente como psicólogo o no haga entender que posee licencia para la práctica de la Psicología.
- (6) Cualquier persona miembro de una profesión relacionada con la salud mental que no requiera colegiación, siempre y cuando la persona se limite a funcionar dentro de sus capacidades profesionales, y que no dé a entender que es un psicólogo o que los servicios que presta son de carácter psicológico.
- (7) Cualquier persona que sea reconocido legalmente como miembro del clero; siempre y cuando se limite a desempeñar sus funciones como miembro del clero; y siempre que no dé a entender que es un psicólogo o que los servicios que presta son de naturaleza psicológica.



LA ACTIVACIÓN CONDUCTUAL Y LA DESMEDICALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

BEHAVIOURAL ACTIVATION AND THE DEMEDICALIZATION OF DEPRESSION

Marino Pérez Álvarez
Universidad de Oviedo

La Activación Conductual (AC) emerge como la terapia más eficaz para la depresión. Ha mostrado ser más eficaz que la Terapia Cognitiva y tan eficaz pero más eficiente que la medicación para la depresión mayor. La AC entiende la depresión en términos contextuales y trata de ayudar a las personas deprimidas a reengancharse en sus vidas. La AC representa una alternativa a los modelos del déficit de la depresión que dominan el discurso clínico, sea en términos de química cerebral o de mecanismos psicológicos.

Palabras clave: Depresión, Activación Conductual, Terapia Cognitiva, antidepresivos

Behavioural activation (BA) emerges as the most effective therapy for treating depression. It has shown to be more effective than cognitive therapy, and similarly effective but with more effectiveness than medications used to treat major depression. BA therapy considers depression in contextual terms, trying to help depressed persons to get their lives back. BA represents an alternative view to the deficit model of depression that prevails among clinical settings in terms of brain chemistry or psychological mechanisms.

Key words: Depresión, Behavioural Activation, Cognitive Therapy, antidepressants

La AC es una nueva terapia para la depresión. En principio, la aparición de una nueva terapia para la depresión no debiera sorprender, ya que la depresión es uno de los trastornos psicológicos más agradecidos para cualquier terapia con tal de que ésta tenga un mínimo de compostura. No es casual que sean numerosas las terapias eficaces para la depresión (Pérez Álvarez & García Montes, 2003). La novedad de la AC está en que pone en entredicho las prácticas clínicas al uso y lleva incluso a proponer la desmedicalización de la depresión.

EN ENTREDICHO LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS AL USO

Las prácticas clínicas en entredicho se refieren tanto a la medicación como a la terapia cognitiva. La medicación es sin duda el tratamiento más utilizado hoy día para la depresión. Se da la circunstancia de que el enorme incremento en la incidencia de la depresión en los países desarrollados en los últimos veinticinco años tiene que ver precisamente con la disponibilidad de la medicación, por no citar de repente al marketing farmacéutico. Esto es así a pesar de que los nuevos antidepresivos, a los que se debe irónicamente el aumento de la depresión, ni son tan eficaces como los antidepresivos clásicos, al menos en las depresiones más severas, ni están exentos de efectos nocivos, según se suponía cuando fueron lanza-

dos. Lo cierto es que la medicación antidepresiva supone un enorme gasto sanitario. De acuerdo con datos del Ministerio de Sanidad, en España el consumo de antidepresivos ha pasado de 7.285.182 de envases vendidos a cargo de la Seguridad Social en 1994 a 21.238.558 en 2003.

Hasta ahora, la medicación antidepresiva se justificaba en base a una asumida superior eficacia respecto a la terapia psicológica para la depresión mayor. En relación con la 'depresión menor' (de leve a moderada) se reconoce la eficacia también de la terapia psicológica. Aun así, la medicación es igualmente el tratamiento más usual para la depresión leve y moderada que, por lo demás, es el caso de la mayoría de las depresiones (véanse para estas cuestiones, González Pardo & Pérez-Álvarez, en prensa; Healy, 2004; Leventhal & Martell, 2006; Medawar & Hardon, 2004).

Pues bien, la AC ha mostrado ser tan eficaz como la medicación en la depresión mayor (Dimidjian, Hollon, Dodson et al, 2006). Este hallazgo pone en entredicho la medicación como tratamiento de elección para la depresión. Asimismo, pone en entredicho la supuesta naturaleza biológica de la depresión y en todo caso su consideración como enfermedad. Por otro lado, si se tiene en cuenta que buena parte de los pacientes con depresión mayor (entre el 26-66% de los pacientes de atención primaria) elegirían terapia psicológica en vez de medicación cuando se les da la opción (Craven & Bland, 2006), quedarían en entredicho también las polí-

ticas sanitarias que sigan promoviendo la disponibilidad de la medicación en detrimento de la terapia psicológica de probada eficacia. En definitiva, la AC parece proporcionar poderosas razones para la desmedicalización de la depresión (Jacobson & Gortner, 2000; Pérez Álvarez & García Montes, 2003), habida cuenta que su creciente incidencia responde en buena medida a la medicalización de la infelicidad, el sufrimiento, el descontento, el infortunio, la insatisfacción y la tristeza (Dworkin, 2001; Pilgrim & Bentall, 1999).

Por su parte, la terapia cognitiva es probablemente el tratamiento psicológico más utilizado para la depresión y en todo caso el que más se ha comparado con la medicación. Se refiere concretamente a la Terapia Cognitiva de la depresión (TC) de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1981). Debido a que formó parte de un importante programa de investigación para el tratamiento de la depresión del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (Elkin, Shea, Watkins et al, 1989), la TC alcanzó una celebridad por encima del resto de terapias psicológicas (incluyendo la terapia interpersonal que también formó parte de este estudio y a pesar de que ésta fue superior a la propia terapia cognitiva). De todos modos, la TC siguió mostrando su eficacia comparable a la medicación en estudios posteriores (DeRubeis, Hollon, Amsterdam et al, 2005; Hollon, DeRubeis, Shelton et al, 2005).

Con todo, la TC, aun cuando eficaz, plantea la cuestión acerca de si su eficacia se debe a la terapia en conjunto o quizá más bien a alguno de sus componentes, en particular, los conductuales o los cognitivos. La cuestión no sólo tiene un interés empírico-técnico en relación con la especificación de los componentes activos y así un posible perfeccionamiento de la terapia, sino que tiene además importantes implicaciones relativas al estatus de la TC y a la naturaleza del propio concepto de depresión. Concretamente, si resultara que el componente conductual por sí solo fuera igual de eficaz que la terapia completa, quedaría en entredicho el componente cognitivo y por ende el estatus de la terapia. Y así parece resultar de la investigación al respecto (Jacobson, Dodson, Truax, Addis & Koerner, 1996). Desde el punto de vista clínico aplicado esto no supondría, en principio, ningún problema, por cuanto se trataría de la misma eficacia conseguida acaso de una forma más eficiente. De confirmarse este hallazgo, la cuestión podría ser ya que el componente conductual se constituyera él mismo como toda una terapia. Esto es precisamente lo que ha ocurrido,

dando lugar a la ya así llamada terapia de AC. Es más, la AC ha llegado incluso a mostrar una mayor eficacia que la propia TC (Dimidjian et al, 2006). Al final, no deja de ser irónico que uno de los componentes de la TC, debidamente explotado al margen del bagaje cognitivo, resulte más eficaz que la terapia completa, aplicada de acuerdo con todos sus supuestos.

De esta manera, la AC no sería una terapia psicológica más que se alinea a la par de las terapias cognitivo-conductuales sino que pone en entredicho la propia TC, tanto su fundamento como su procedimiento. En relación con la TC, la AC representa un modelo radicalmente distinto. Mientras que la TC responde a un modelo médico de psicoterapia, la AC responde a un modelo contextual. En este sentido, la AC viene a contribuir igualmente a la desmedicalización de la depresión que también sería necesaria en la terapia psicológica representada en este caso por la TC.

ORIGEN Y DESARROLLO DE LA AC

Como ya se ha apuntado, la AC tiene su origen en la investigación de los componentes de la TC (Jacobson et al., 1996). Los componentes de la TC se diferencian en dos grandes tipos de técnicas: conductuales y cognitivas. Ni que decir tiene que las técnicas cognitivas constituyen el componente esencial de la terapia, de acuerdo con el modelo cognitivo de la depresión propuesto por la propia terapia. El modelo cognitivo de la depresión sostiene que los individuos depresivos tienen ciertos esquemas cognitivos (asunciones o creencias) que les predisponen a interpretaciones negativas de los eventos de la vida (distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos), las cuales llevan a su vez a las conductas depresivas (actividad reducida y bajo humor). Así, la TC incluye técnicas dirigidas a la activación de conductas, a las distorsiones o pensamientos automáticos y a los esquemas o creencias subyacentes. El primer foco se lleva a cabo mediante técnicas conductuales y los dos siguientes mediante técnicas cognitivas, unas dirigidas a los pensamientos automáticos y otras a las creencias subyacentes. Aunque la terapia suele empezar por las técnicas conductuales, se entiende que su eficacia se debe sobre todo a las técnicas cognitivas y tanto más en la medida en que reestructuren los esquemas depresógenos subyacentes, causa de la depresión (según la *hipótesis cognitiva* al respecto).

Como quiera que la TC es un paquete multicomponente, cabe considerar explicaciones alternativas a la *hipótesis cognitiva*. Concretamente, se podrían considerar

dos hipótesis alternativas: la *hipótesis de la activación* y la *hipótesis del afrontamiento*. De acuerdo con la hipótesis de la activación, la eficacia se debería a lo que hace la terapia para 'activar' a los pacientes y ponerlos en contacto con posibles condiciones ambientales beneficiosas. De acuerdo con la hipótesis del afrontamiento, la eficacia se debería a las habilidades aprendidas durante la terapia en tratar con los eventos y los pensamientos automáticos disfuncionales. De acuerdo con la hipótesis cognitiva, la eficacia se debería a la reestructuración de los esquemas depresógenos subyacentes. Para poner a prueba estas hipótesis se diseñó un cuidadoso estudio en el que se comparaban estas tres condiciones (Jacobson et al, 1996):

- 1) la activación conductual en relación con la hipótesis de la activación,
- 2) la activación conductual más la modificación de los pensamientos automáticos disfuncionales en relación con la hipótesis del afrontamiento, y
- 3) la TC completa en relación con la hipótesis cognitiva

La condición de activación conductual consistió en el componente de técnicas conductuales que forman parte de la TC: programación de actividades, valoración del 'agrado y dominio' de las actividades realizadas, asignación de tareas graduales, ensayo imaginario de las actividades a realizar, discusión de problemas específicos y desarrollo de habilidades sociales. La condición de activación conductual más modificación de pensamientos automáticos disfuncionales consistió en añadir a la condición anterior técnicas cognitivas tales como detección de pensamientos precedentes a los cambios de humor, registro diario de pensamientos disfuncionales asociados a eventos, revisión de los pensamientos negativos, entrenamiento en pensamientos más realistas, re-atribución de los eventos y puesta a prueba de las interpretaciones negativas. La condición de TC consistió en la terapia completa, de manera que además de las condiciones anteriores incluía técnicas cognitivas dirigidas a la modificación de los esquemas tales como la discusión de creencias subyacentes causantes de los problemas depresivos, la identificación de las asunciones y creencias básicas, la propuesta de asunciones alternativas, la discusión de las ventajas y desventajas de unas u otras creencias, la discusión de las ventajas a corto y largo plazo de las distintas creencias, tareas para casa a fin de poner a prueba la validez de las creencias y la revisión de creencias asociadas a eventos (Beck et al., 1979/1981).

Si los cambios estructurales en los esquemas subyacentes son realmente necesarios para el tratamiento de la depresión, entonces la TC (condición 3) habría de ser significativamente más eficaz que una terapia que se quedara en la modificación de los pensamientos automáticos disfuncionales (condición 2) y desde luego que la que consistiera únicamente en la activación conductual (condición 1).

El hallazgo fue que ninguna de las tres condiciones resultó superior a las otras, dentro de que todas ellas obtuvieron una eficacia comparable a la ya conocida de la TC según estudios anteriores. Los resultados muestran que la activación conductual es tan eficaz como la terapia completa. Sugieren asimismo que las técnicas cognitivas no son necesarias para el cambio terapéutico. Así pues, los resultados confirman la hipótesis de la activación frente a la hipótesis del afrontamiento y la hipótesis cognitiva. Dado el rigor del estudio, se descarta que los resultados se pudieran deber al solapamiento de los tratamientos (los cuales fueron ciertamente diferentes de acuerdo con sus propios protocolos) o la inadecuada aplicación de la TC que de hecho se aplicó por acreditados terapeutas cognitivos (Jacobson et al, 1996). Por otro lado, estos resultados se mantenían en un seguimiento de dos años, de modo que no se podría decir que la terapia cognitiva no tuvo tiempo en mostrar su aportación (Gortner, Gollan, Dodson & Jacobson, 1998).

Este hallazgo dio pie a la propuesta de la activación conductual hasta ahora un componente de la TC como una terapia por sí misma. La consideración de la AC como terapia por sí misma supuso su replanteamiento como una terapia propiamente conductual. Así, se resituía en la tradición y en la perspectiva del análisis funcional de la depresión establecido por Ferster (1973) siguiendo a Skinner (1957/1981). De acuerdo con el análisis de Ferster, la depresión consistiría básicamente en la reducción de conductas reforzadas positivamente (reducción de actividades interesantes) y/o en el aumento de conductas reforzadas negativamente (consistentes en la evitación de algo negativo más que en la consecución de algo positivo). Se entiende que esta situación es debida a cambios en las circunstancias personales ocurridas de una forma más o menos gradual o abrupta. El caso es que la depresión supone una *situación* en la que las cosas valiosas hasta entonces han perdido su valor si es que no resultan punitivas. En este sentido, la depresión sería más una situación *en* la que uno está que algo que uno tiene *dentro* de sí.

Asimismo, la AC tiene que ver con la terapia conductual para la depresión desarrollada por Lewinsohn y colaboradores ya a partir de la década de 1970 (Lewinsohn, Muñoz, Youngren & Zeiss, 1978; Lewinsohn & Gotlib, 1995). La terapia de Lewinsohn enfatiza el desarrollo de actividades agradables y de habilidades sociales. De todos modos, en relación con estas terapias conductuales de la depresión como la de Lewinsohn y otras más que se podrían citar (véase Pérez-Álvarez & García-Montes, 2003), la AC incorpora importantes aspectos nuevos (Hopko, Lejuez, Ruggerio & Eifert, 2003).

En primer lugar, la AC es más ideográfica que las terapias conductuales tradicionales (y desde luego que la TC), en la medida en que pone más atención en las circunstancias personales que mantienen la conducta depresiva de un individuo concreto. En esta línea y en segundo lugar, la AC supone un análisis funcional tanto de la conducta depresiva como de las actividades propuestas. Así, por ejemplo, más que meramente aumentar las actividades que se suponen agradables (o la simple programación del tiempo), la AC propone actividades que sean relevantes para las necesidades y valores de la persona en particular. En tercer lugar, la AC incorpora el modelo de aceptación-cambio que ya figura en la terapia de aceptación y compromiso (Wilson & Luciano, 2002). En este sentido, propone la realización de actividades a pesar del estado de humor y pensamiento negativo que se pueda tener. En todo caso, la aceptación de la AC está más orientada al cambio que propiamente a la aceptación, ya que trata más de modificar las condiciones de las que depende la 'experiencia depresiva' que de aceptar tal experiencia como 'filosofía de vida'. A propósito de la terapia de aceptación y compromiso, la AC introduce igualmente el concepto de evitación, si bien habla de evitación conductual en vez de evitación experiencial (como se verá más adelante). En cuarto lugar, la AC reconoce la implicación de la cognición en la depresión, pero no considera que sea la causa próxima de la conducta abierta y que por ello debiera ser objeto directo del tratamiento. La AC 'trata' las cogniciones y las emociones indirectamente, al poner a las personas en contacto con posibles consecuencias positivas de su conducta abierta.

FILOSOFÍA CONTEXTUAL

La AC supone por lo pronto una recuperación de las raíces contextuales de la terapia de conducta (Jacobson, 1997; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001).

La terapia de conducta en sus orígenes, a partir de la década de 1950, lo que hoy ya se ve como su primera generación, tenía un marcado enfoque contextual, al poner el énfasis en las contingencias ambientales como determinantes de la conducta, incluyendo la conducta problemática. Un ejemplo de este enfoque sería el citado análisis funcional de la depresión de Ferster (1973). En este sentido, el cambio de la conducta implica el cambio del ambiente en relación con ella. Este cambio del ambiente puede ser 'operado' por el terapeuta, en la medida en que disponga de las condiciones necesarias para llevarlo a cabo, lo que a menudo queda limitado a contextos institucionales. Otra posibilidad del terapeuta para 'manejar' el ambiente está en la situación clínica, cuya posibilidad fue especialmente desarrollada por la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter, 1999). El cambio del ambiente podría ser 'operado' también por el paciente, si hace algo que pueda alterar las circunstancias de una forma beneficiosa. En este caso, ya no sería un paciente pasivo sino un agente activo o sujeto operante. Esta es la estrategia que seguirá la AC.

Con todo, este enfoque contextual se perdió en buena medida cuando la terapia de conducta se alió con la terapia cognitiva, dando lugar al conocido compuesto cognitivo-conductual, lo que constituiría toda una segunda generación de la terapia de conducta, a partir de la década de 1970. Ahora, la terapia no se propone cambiar el ambiente sino la mente. Los problemas psicológicos ya no se deberían a las condiciones de la vida, sino a las percepciones, procesamiento de la información y demás. En fin, de un enfoque contextual se pasaría a un enfoque cognitivo. Un ejemplo de esta *caída* en el enfoque cognitivo sería precisamente la TC de la depresión. La cuestión sería que buena parte del éxito del enfoque cognitivo habría sido a costa de desvirtuar el sentido contextual e ideográfico de la terapia de conducta y de adoptar en su lugar un modelo médico, internista, nomotético y, en definitiva, descontextualizado de los problemas psicológicos, como si todos los casos de un cuadro fueran iguales y sus causas consistieran en el déficit o disfunción de algún supuesto mecanismo interno. Por otro lado, el enfoque cognitivo puede que esté impidiendo aplicaciones terapéuticas más eficaces, debido a su rigidez explicativa y a la estandarización de su procedimiento (Addis & Jacobson, 1996; Kohlenberg, Kanter, Bolling et al, 2002).

Debido a estos problemas (desvirtuación del sentido contextual y limitaciones de la eficacia), junto con un mayor desarrollo del propio enfoque contextual, ha emergido a partir de la década de 1990 una nueva generación de terapias, declarada ya como la tercera ola o tercera generación de terapias de conducta (Hayes, 2004; Pérez Álvarez, 2006). Entre estas nuevas terapias figura la AC. Una característica de todas ellas, empezando por la AC, es precisamente la recuperación de las raíces contextuales perdidas. Ahora bien, no se trata de una mera recuperación de las raíces perdidas sino de toda una filosofía contextual acerca del entendimiento de los trastornos psicológicos (psiquiátricos o mentales) y de su tratamiento.

La filosofía contextual sitúa los trastornos psicológicos en el contexto de las circunstancias personales y no, por ejemplo, en el ámbito de alguna supuesta avería interna, psiquiátrica y psicológica. Los 'síntomas', lejos de ser vistos como emanaciones (brotes o señales) de causas subyacentes, se verían como acciones dramáticas (en varios sentidos) que se desarrollan en el curso de la vida. Los 'síntomas', como toda conducta, tienen alguna función, se excusa decir en el contexto en el que ocurren. En este sentido, los 'síntomas' serían tanto un problema como un intento de solución, aunque fallida. Se podría decir, entonces, que los 'síntomas' son esfuerzos fallidos en resolver un problema de la vida. En esta perspectiva, la cronificación podría ser vista más como la instalación de uno en el 'síntoma' que como el 'síntoma' instalado en uno, en cuya instalación en el 'síntoma' pueden contribuir, por cierto, algunas prácticas clínicas.

Por su lado, la filosofía contextual concibe el tratamiento psicológico como una tarea consistente, ante todo, en ayudar a la persona a solucionar los problemas presentados. Más en concreto, la terapia psicológica se concebiría como consultoría conductual (Froján, 2004). El papel del terapeuta se define y así se explica al cliente en términos de consultor, asesor, colaborador o, incluso, de 'preparador' o 'entrenador personal', a pesar de estar enmarcado en un contexto clínico-médico o quizá precisamente por ello. Este papel habría de generar el papel complementario de cliente o consultante, más que el de paciente o enfermo. En todo caso, la cuestión es que el 'paciente' adopte un papel activo en relación con su problema, en vez de esperar que el clínico le aplique o le dé una solución que por sí misma lo resolviera (supuesto que existiera). Ni que decir tiene que esta relación terapéutica es un tanto paradójica en el contexto

clínico según éste está 'formateado' a imagen y semejanza de la práctica médica. El psicólogo clínico, sin dejar de ser clínico, no sería sin embargo un clínico a la manera médico-psiquiátrica.

La AC es un ejemplo paradigmático de esta filosofía contextual de la práctica clínica, consistente en hacer que el paciente sea agente activo en cambiar las condiciones reales de las que depende su problema. En esta misma línea se citaría el modelo de ayuda psicológica de Costa y López (2006), concebido expresamente para 'dar poder para vivir' en el sentido de 'fortalecer a las personas', frente a la tendencia de convertirlas en pacientes consumidores de remedios que fomentan el desvalimiento.

LA DEPRESIÓN EN CONTEXTO

De acuerdo con esta perspectiva, la depresión no es algo que uno tiene, según a menudo se da a entender, como si uno tuviera dentro de sí una condición patógena (un desequilibrio neuroquímico o un déficit en el funcionamiento psicológico) sino una situación en la que uno está, por lo pronto, una situación sin alicientes, al menos, sin los alicientes que hasta ahora eran importantes. Esta situación depresiva puede deberse a varias circunstancias, aunque a veces no sean fáciles de determinar. Para muchas personas, el comienzo de la depresión puede encontrarse en una pérdida súbita, tal como la pérdida de un empleo, la disolución de una relación o la muerte de un familiar, en el fallo en conseguir una meta personal o en la dificultad para afrontar los avatares cotidianos de la vida. Para otras, sin embargo, el comienzo de la depresión no es fácil de relacionar con alguna circunstancia o evento particular. Aun así, no quiere decir que no existan. En la perspectiva contextual cabe considerar que las condiciones antecedentes hayan estado presentes por largo tiempo, incluso años, sin que el propio individuo pueda dar cuenta de ellas. En todo caso, no por eso es necesario asignar la etiología de la depresión a supuestas condiciones bioquímicas ni tampoco se gana nada renombrándola como endógena. La atribución de la depresión a causas bioquímicas o endógenas supone más la ignorancia de las condiciones personales que propiamente un conocimiento de causa.

La AC se atiene al principio según el cual las personas son susceptibles de la depresión por una variedad de circunstancias. En este sentido, la depresión no sería sino una forma posible de estar-en-el-mundo, dadas las circunstancias. El hecho de que alguien tenga más propen-

sión a la depresión que otro en las 'mismas circunstancias' se habría de entender en el contexto de su historia personal que al ser única, nunca estaría en realidad en las mismas circunstancias. La invocación de una supuesta predisposición genética no sólo se hace sin conocimiento de causa sino que desvía del conocimiento de las causas contextuales, por otro lado, más plausibles y remediabiles.

En todo caso, estén o no más o menos claras las circunstancias que han propiciado la depresión, las personas deprimidas suelen actuar de una manera que puede estar manteniendo la propia condición depresiva. Quiere decir que las acciones y reacciones que caracterizan a las personas deprimidas juega un papel significativo en la depresión, en vez de ser meramente síntomas de un cuadro, como supone la psicopatología al uso (de corte nosográfico). Así, de acuerdo con la AC, buena parte de los 'síntomas' de las personas deprimidas viene a funcionar en realidad como evitación. Se trataría, por tanto, de 'síntomas' que cumplen una función sobre el ambiente. Siendo así, los síntomas mejor se verían como conductas. De hecho, la AC se refiere a los síntomas en términos de 'evitación conductual'.

La evitación conductual toma una variedad de formas, desde la permanencia en casa 'retirándose' de las actividades habituales a los 'pensamientos rumiativos' pasando por 'modos depresivos' de interacción con los demás. En general, se podría decir que la 'depresión' en su conjunto es toda una forma de evitación. Desde luego, no siempre es obvio que las conductas de los clientes son conductas de evitación. El cliente hace lo que *siente* na-

tural. Únicamente cuando se analizan las consecuencias de la conducta se puede empezar a comprender su función, en este caso, la de evitación. El aspecto decisivo es la función no la forma. La cuestión es que la evitación no sólo estaría impidiendo a las personas deprimidas abordar los problemas que han causado la situación actual y abrir nuevas posibilidades para su vida, sino que estaría también metiéndolas en el círculo vicioso de la depresión.

La evitación conductual es, en realidad, un 'problema secundario' derivado de las circunstancias depresógenas iniciales que, sin embargo, juega un papel primordial en la situación depresiva. Así, pues, la AC se interesa tanto en los eventos que ocurren en la vida de las personas, en este caso, las circunstancias que propician la depresión como en sus respuestas a tales eventos, en este caso, la evitación conductual. La AC representa la situación depresiva como interacción entre diversos aspectos del contexto, según la Figura 1.

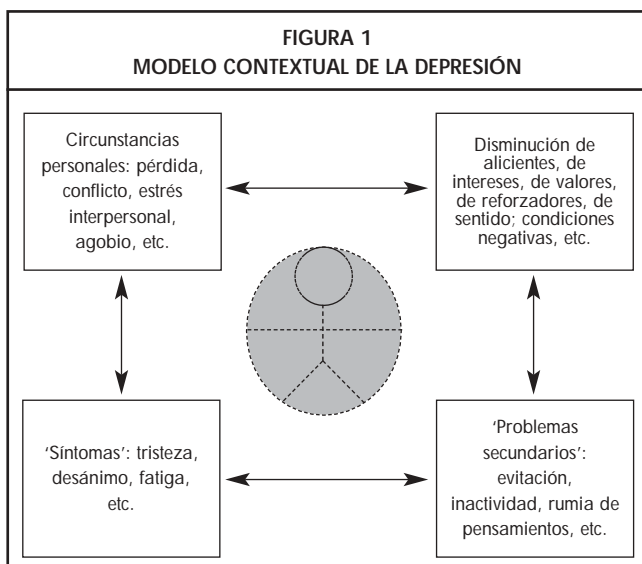
Así, los eventos vitales pueden estar asociados con la disminución de reforzamiento positivo o de alicientes de la vida, el cual puede llevar a 'problemas secundarios' de evitación y a diversos 'síntomas depresivos'. Nótese que los 'síntomas', a menudo considerados la 'depresión', no son sino un aspecto de toda una situación que termina por envolver a la persona.

APLICACIÓN DE LA AC

Para la aplicación de la AC es más importante la filosofía contextual que las técnicas. De hecho, las técnicas son bastante comunes, aunque requieren su habilidad y tener claro dónde se quiere ir (Martell et al., 2001, p. 59). Se expondrán en primer lugar ciertos principios que el terapeuta ha de tener presentes a lo largo de la terapia. Se expondrán asimismo ciertos fundamentos en los que se asiente la aplicación terapéutica. A continuación se expondrá el procedimiento (Hopko et al., 2003; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Martell et al., 2001).

Principios a tener presentes a lo largo de la terapia

- 1) *Las personas son susceptibles de depresión por una variedad de razones.* La referencia a la 'susceptibilidad' sugiere que la depresión se entiende más como una posibilidad del ser humano que como un déficit o disfunción de algún supuesto mecanismo neuropsicológico. Por su parte, la referencia a la 'variedad de razones' apunta a las circunstancias de la vida de manera que, aun cuando éstas no sean fáci-



les de identificar, no por ello la depresión tendría causas endógenas. En este sentido, se diría que la depresión tendría más bien *razones* vitales que *causas* biológicas.

- 2) *Las conductas para afrontar la situación depresiva juegan un papel decisivo en la depresión.* Quiere decir que las conductas características de las personas deprimidas exacerbaban la depresión, impiden abordar los problemas de la vida que pudieran cambiar las cosas y mantienen una actitud pasiva que mete en un círculo vicioso. Estas conductas 'depresivas' se refieren a los sentimientos de tristeza, los pensamientos pesimistas, la reducción de actividades, la actitud pasiva, etcétera. Para la AC, estas conductas, lejos de ser meros síntomas de depresión, constituyen y contribuyen a la condición depresiva. En particular, la AC destaca el papel evitativo que están cumpliendo tales síntomas o conductas, la evitación conductual señalada.
- 3) *La AC no consiste simplemente en aumentar las actividades agradables.* No se trata pues de hacer por hacer (en plan hipomaniaco) ni de rellenar el tiempo por estar ocupado, sino de hacer algo funcional, con sentido práctico para la persona. La idea es que el consultante termine siendo un experto en observar las relaciones entre las acciones y las consecuencias en la vida diaria, en particular las consecuencias que tienen que ver con su estado de ánimo.
- 4) *Los clientes deberían reparar en la situación en la que están y en las consecuencias de las conductas sobre su estado de ánimo.* La AC enseña a sus clientes a observar lo que hacen o dejan de hacer en orden a saber por qué se sienten como se sienten. Es primordial para la AC relacionar lo que a uno le pasa con las circunstancias de su vida.

Fundamentos sobre los que se asiente la aplicación terapéutica

- a) *La terapia tiene como foco central las conductas del cliente y el contexto en el que éstas ocurren.* La cuestión primordial para el terapeuta es 'qué circunstancias están implicadas en cómo el cliente se siente y responde a ellas de manera que mantienen tal sentimiento', de tristeza, desánimo o lo que sea que experimente.
- b) *La terapia trata de enseñar al cliente a ser activo, a pesar de sus estados emocionales.* La cuestión es que el cliente actúe de acuerdo a objetivos de su interés en vez de acuerdo a cómo se siente.

- c) *La terapia necesita identificar los patrones de respuesta que puedan estar manteniendo la depresión.* Esto supone analizar sobre registros diarios u otros datos las pautas características del cliente en la vida cotidiana.
- d) *La terapia enseña al cliente a hacer análisis funcionales de sus propias conductas, identificando sus antecedentes y consecuentes.* Supone por lo general una nueva perspectiva acerca de sí mismo, consistente en entender el propio comportamiento en relación con el contexto, en vez de conformarse con explicaciones internas que apelan a sentimientos o pensamientos. No se trata de invalidar ni de disputar las explicaciones que dan los clientes en términos de causas internas como, por ejemplo, cuando atribuyen su comportamiento a la 'baja autoestima', sino de relacionar tales 'causas' con condiciones del contexto manejables. Así, respecto de la señalada 'baja autoestima', el terapeuta no discutiría este concepto sino que diría algo como, 'Bien, la gente entiende diferentes cosas por este término, me gustaría saber qué significa para ti. ¿Podrías decirme qué cosas están ocurriendo cuando te sientes con baja autoestima? ¿Hay veces en las que tu autoestima es alta?' Una vez que las explicaciones internas, que parecían autosuficientes, se relacionan con las condiciones de las que en realidad dependen, es posible 'activar' a la persona de una manera en la que puede ahora crear, cambiar y mejorar su situación, incluyendo la 'autoestima'.

PROCEDIMIENTO

La exposición del procedimiento de la AC ha de empezar por la consideración también de cuatro objetivos: la evitación conductual, el contexto terapéutico, la interrupción de rutinas y el afrontamiento pasivo.

La evitación conductual. Como ya se dijo, la evitación conductual constituye para la AC el problema primordial de la depresión. Dadas las circunstancias por las que uno ha *entrado* en depresión, un problema secundario en el tiempo como es la evitación conductual se constituye en el problema primordial de la situación depresiva. De acuerdo con la AC, la depresión misma es una forma de evitación. La evitación de la que se habla aquí no es asunto de intencionalidad, sea por decir que el cliente pasa el día en la cama para no ir a trabajar, sino de funcionalidad, tal que haciendo eso no arregla la situación. Un criterio funcional, pragmático, prima en la AC. Más específicamente, la evitación conductual mantiene a uno fuera de contacto con las condiciones de las que po-

dría depender una mejoría a la vez que pueden meterlo en todo un circuito auto-reflexivo.

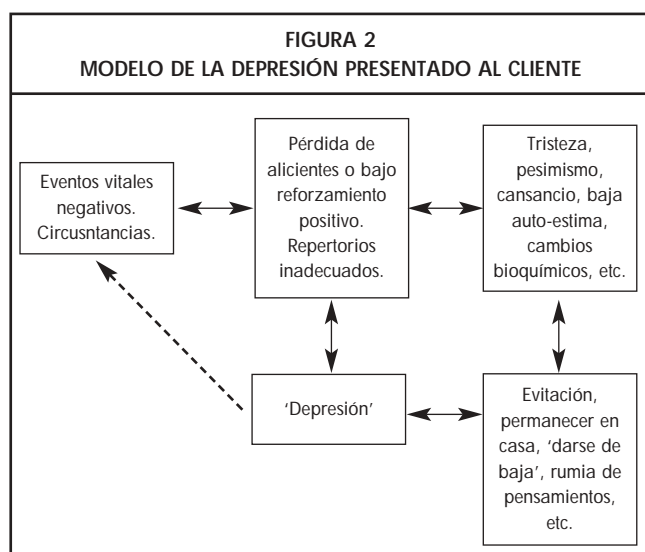
El contexto terapéutico. Para la AC, como para otras psicoterapias, el contexto de la relación terapéutica es muy importante. De todos modos, la AC no sólo requiere de una colaboración empírica como la TC, en esta caso para poner en práctica la activación conductual en el contexto extra-clínico, sino que toma la propia relación terapéutica como contexto propiamente terapéutico, en esto como la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg et al, 1999). En este sentido, es un requisito del terapeuta de AC considerar la función de las verbalizaciones del cliente tanto o incluso más que su contenido. Así, por ejemplo, la expresión de un cliente 'Me siento solo' puede tener la función de 'mando', en terminología skinneriana, que demanda efectivamente determinada atención social, puede tener alternativamente la función de 'mando mágico' en el sentido definido por Skinner (1957/1981, p. 62) sin que en este caso 'demande' una respuesta particular o, en fin, puede tener también la función de evitar el tema del que se estaba hablando. En general, es mejor estimular conversaciones acerca de actividades prácticas que alimentar conversaciones acerca de quejas reiteradas sobre la vida.

La disrupción de rutinas. La disrupción de las rutinas que constituyen el funcionamiento de la vida cotidiana suele preceder a un episodio depresivo. Aunque tal disrupción está particularmente reconocida en la depresión bipolar, también es importante en las demás depresiones. En todo caso, la AC trata de restablecer las rutinas interrumpidas o en su lugar establecer otras que vengán a estabilizar el ritmo de la vida.

El afrontamiento pasivo. Puesto que el afrontamiento pasivo es cómplice de la situación depresiva, la AC propone desde el principio un papel activo para sus clientes. En vez de otorgarles a las personas deprimidas el papel de pacientes pasivos, a la espera de estar bien para actuar, la AC les propone actuar para estar bien.

La AC es un tratamiento ideográfico, de manera que no sigue un procedimiento protocolizado sesión-por-sesión. De todos modos, su lógica permite una aplicación estructurada sin dejar de ser flexible. La duración del tratamiento es de 20-24 sesiones, si bien hay modalidades más breves del orden de 6-12 sesiones (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001) e incluso formatos autoaplicados (Addis & Martell, 2004). El curso del tratamiento pasa por una serie de etapas. Empieza, como otras psicoterapias, por el establecimiento de una relación terapéutica colaboradora. En todo caso, la AC procura mantener un equilibrio entre la atención a las preocupaciones del cliente y la adhesión a los objetivos y técnicas del tratamiento. En esta línea, el terapeuta demuestra un entendimiento de la situación del cliente y hace preguntas que puedan llevar a una mayor especificación de los patrones conductuales que han llegado a ser problemáticos. Dado este contexto, el terapeuta enseña al cliente a analizar la depresión en términos contextuales. A este respecto, presenta un modelo de la depresión, utilizando a menudo diagramas. El modelo de la depresión presentado al cliente sitúa en un diagrama los distintos aspectos de la situación depresiva (Figura 2).

Uno de estos aspectos viene dado por las condiciones de la vida que anteceden la depresión. Estas condiciones antecedentes pueden consistir en eventos negativos actuales o recientes fácilmente identificables o en circunstancias biográficas predisponentes. Otro aspecto es la pérdida de aliciente de las cosas hasta ahora interesantes y de valor para uno o, en términos técnicos, el nivel bajo de reforzamiento positivo. Este aspecto incluye también la inadecuación de los repertorios conductuales que serían necesarios para mantener o alcanzar las metas valiosas. Otro aspecto diferenciado es el 'sentimiento depresivo' (tristeza, baja autoestima, etcétera) resultante de los aspectos anteriores. Se podrían incluir aquí posibles cambios neuroquímicos concomitantes al estado depresivo. Nótese que este aspecto, a menudo considerado la depresión misma, se sitúa en el modelo como subefecto de la situación depresiva y no, por ejemplo, como su causa o entidad auto-definitoria. Un cuarto aspecto destacado es el patrón de evitación conductual, consistente



en la retirada de las actividades habituales, la implicación en otras actividades que no hacen sino evitar situaciones, 'darse de baja' en varios sentidos, la 'rumia' dándole vueltas a pensamientos sin resolución, etcétera. Aun cuando este aspecto, como se ha dicho, es un 'problema secundario' de la condición depresiva tiene sin embargo un papel decisivo en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. El modelo destaca asimismo un quinto aspecto nombrado 'depresión', quizá para que la idea de depresión quede *situada* en el modelo. En todo caso, la 'depresión' así figurada no deja de ser un aspecto dentro del circuito en el que consiste en realidad la situación depresiva. Recuérdese que la depresión sería una *situación* dentro de la que uno está y no una *cosa* que uno tiene dentro de sí.

El sentido del modelo es entender el circuito en el que termina por ser la depresión y ver la manera de salir de él. Se trata de comprender la 'trampa' de la depresión y de volver a ponerse en 'camino' a través de la 'acción'. A este propósito, la AC utiliza tres acrónimos resultantes de palabras inglesas que significan 'trampa', TRAP, 'camino', TRAC(K) y 'acción', ACTION. Permítase seguir estos acrónimos originales, aunque lo importante es en todo caso la idea del análisis funcional que subyace.

TRAP deriva de:

Trigger, 'precipitante', para referirse a los eventos negativos antecedentes;

Response, 'respuesta', para referirse en este caso a cómo se siente uno (por ejemplo, 'deprimido');

Avoidance-Pattern, 'patrón de evitación', para referirse a la pauta de evitación que uno adopta ('quedarse en casa', etcétera).

Se entiende que el *patrón de evitación* mantiene la *respuesta* de sentirse deprimido e impide abordar los *eventos* que la han 'precipitado' (Figura 3). Para salir de esta 'trampa', la AC propone un 'camino' alternativo nombrado como TRAC.

TRAC deriva de:

Trigger, como en TRAP;

Response, como en TRAP;

Alternative Coping, 'afrentamiento alternativo', para referirse ahora a una nueva pauta de acción que rompa el patrón de evitación instaurado.

Se entiende que el *afrentamiento alternativo* bloquea la pauta de evitación, interrumpe el circuito que refuerza la respuesta depresiva y abre la posibilidad de modificar la situación 'depresógena' (Figura 3).

Por su parte ACTION es otro acrónimo que puede ser útil para alguno clientes a fin de establecer nuevas rutinas.

ACTION deriva de:

Asses, 'evaluar', en este caso preguntándose uno a sí mismo si lo que hace no estará en realidad manteniendo el problema;

Choose, 'decidir', tomar la decisión de seguir evitando o actuar de una forma resolutiva;

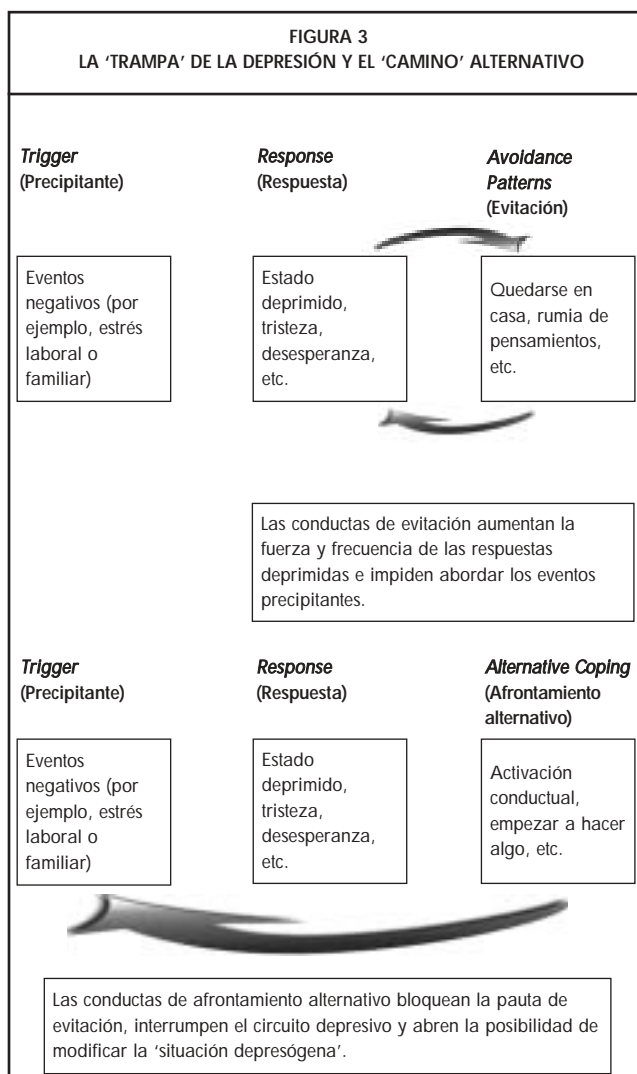
Try, 'probar' las acciones decididas;

Integrate, 'integrar' las nuevas actividades en las rutinas diarias;

Observe, 'observar' el resultado preguntándose a sí mismo si se siente mejor o peor después de hacer esta actividad y si está en dirección a su meta a largo plazo.

Never give up, 'nunca abandonar', seguir intentándolo.

FIGURA 3
LA 'TRAMPA' DE LA DEPRESIÓN Y EL 'CAMINO' ALTERNATIVO



Supuesto que más importante que nada es la filosofía contextual, la AC también se vale de diversas técnicas, además del análisis funcional a través de los esquemas TRAP, TRAC y ACTION. Entre ellas, quizá la más importante, es la continua monitorización de la actividad, mediante cualquier medio (registros sistemáticos, diarios, narrativas) con tal de que el cliente pueda poner en relación lo que siente, con lo que hace y con lo que ocurre en su ambiente. En la misma línea se considera la evaluación continuada por medio, por ejemplo, de un inventario como el de Beck. Asimismo se considera la valoración del 'dominio y agrado' de actividades, siempre en orden a proporcionar oportunidades para poner en juego acciones que sean posiblemente reforzadas por las contingencias del ambiente social natural. Otras técnicas usuales son:

- la asignación de tareas graduales,
- el ensayo verbal de tareas propuestas,
- el manejo de contingencias situacionales,
- el ensayo de conducta,
- el modelado del terapeuta de estrategias de activación,
- el entrenamiento para superar déficit de habilidades sociales o de otro tipo,
- la terapia de pareja,
- la 'atención a la experiencia' o *mindfulness*,
- la aceptación, etcétera.

Se contemplan asimismo técnicas que puedan suponer un alivio temporal tales como la distracción, el contacto limitado, la evitación o la medicación, cara a abordar en mejores condiciones situaciones que finalmente han de ser enfrentadas.

De entre todas las técnicas que usa la AC, merece destacar la 'actuación dirigida a la meta' (Martell et al., 2001, pp. 116-119), una renovación de la 'terapia del rol-fijo' de George Kelly y del 'actuar como-sí' de Alfred Adler (Pérez Álvarez, 1996, p. 154). Se instruye al cliente para que se comporte de acuerdo a una meta auto-propuesta o de una manera consistente con cómo le gustaría sentirse o ser percibido por los demás, valga por caso, como si tuviera 'alta autoestima'. Se diseña y entrena el nuevo papel y se propone actuar *como-sí* tuviera en este caso 'alta autoestima'. La AC usa esta técnica de actuar de acuerdo con una meta más que de acuerdo con un sentimiento para demostrar al cliente que su conducta puede tener efecto en cómo se siente uno y en cómo los demás interactúan con él. Al fin y al cabo, el comportamiento depresivo contribuye a sentirse deprimido y crea un ambiente deprimente, incluyendo la

interacción de los otros respecto de uno. Más allá de esta justificación, el comportarse *como-sí* responde a un 'principio quijotesco' o 'efecto Quijote' según el cual el fingir y fungir una *manera de estar* puede forjar todo un *modo de ser* (Pérez Álvarez, 2005; Pérez Álvarez & García Montes, 2004). Esto puede ser así tanto para bien como para mal: para bien en la medida en que comportarte *como-sí* te haga capaz de superar la inseguridad y para mal en la medida en que comportarte *como-sí* te haga un carácter o estilo neurótico, como diría Adler. Así, por ejemplo, si uno tiene que 'fingir' y 'fungir' que está más deprimido que lo que está realmente para conseguir una 'baja' y 'justificarla' ante los demás, puede que 'forje' toda una depresión, incluyendo el ambiente social generado.

EVIDENCIA EMPÍRICA

La primera evidencia empírica de la AC se encuentra en el estudio de desmantelamiento de componentes de la TC donde, como se recordará, el componente de 'activación conductual' mostró una eficacia equivalente a la terapia completa (Jacobson et al., 1996). Recuérdese que la TC tiene probada su eficacia y es de hecho hasta ahora la terapia psicológica de referencia para otras (Pérez Álvarez & García Montes, 2003).

A partir de este estudio, la AC como terapia por derecho propio fue probada en diversos estudios. Así, un estudio con pacientes de depresión mayor hospitalizados mostró que la AC aplicada en un formato breve llevado en dos semanas a razón de tres sesiones semanales de unos 20 minutos fue significativamente más eficaz que la psicoterapia de apoyo (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko & McNeil, 2003). La AC también ha sido probada en formato de grupo con depresión mayor en un contexto público de salud mental, mostrando su eficacia de acuerdo con un diseño de grupo de espera (Porter, Spates & Smitham, 2004). Otro estudio mostró que la efectividad de la AC se da también con pacientes que están tomando medicación antidepressiva como en los que no lo están en una aplicación entre 6 y 10 sesiones (Cullen, Spates, Pagoto & Doran, 2006). La AC cuenta también con estudios de caso referidos a depresiones con complicaciones adicionales que muestran igualmente su eficacia (Hopko, Bell, Armento, Hunt & Lejuez, 2005; Hopko, Lejuez & Hopko, 2004; Hopko, Robertson & Lejuez, 2006; Hopko, Sánchez, Hopko, Dvir & Lejuez, 2003; Lejuez, Hopko, LePage, Hopko & McNeil, 2001; Mulick & Naugle, 2004; Ruggiero, Morris, Hopko & Lejuez, 2005).

Con todo, el estudio más importante sobre la evidencia de la AC y probablemente el más riguroso de los llevados hasta ahora en el campo de la depresión es el ya citado de Dimidjian et al. (2006). Este estudio comparó la AC con la TC y con la medicación antidepressiva en un diseño aleatorio con grupo de control-placebo llevado sobre 241 pacientes adultos con depresión mayor. Aunque todos los tratamientos fueron eficaces con la depresión menos severa, la AC fue superior a la TC con la depresión más severa igualando la eficacia de la medicación. Adicionalmente, la AC presentó una menor tasa de abandono que la medicación. Quiere decir que los 'pacientes', aquí considerados agentes activos, siguen mejor la AC que la medicación, a pesar de que ésta parece más cómoda de llevar. Si además se consideran los efectos secundarios que suelen acompañar a la medicación y las recaídas que también suelen darse cuando ésta cesa, la AC resulta superior al considerar todo lo que hay que considerar.

En resolución, la evidencia empírica muestra que la AC es un tratamiento psicológico de probada eficacia para la depresión. Todo parece indicar que es más eficaz que la propia TC y que iguala la eficacia de la medicación, hoy por hoy la terapia de referencia para probar otras terapias. La evidencia empírica muestra que la AC es también un tratamiento eficiente en términos de coste-beneficio. Para empezar, la AC es más parsimoniosa que la TC. En relación con la medicación, la AC parece tener menos abandonos, de modo que alcanza a más clientes, aparte lo relativo a recaídas y efectos secundarios. Por otro lado, la AC ha mostrado su eficacia igualmente en formatos breves, del orden de 6-10 sesiones y es susceptible de ser aplicada en grupo para 6-10 participantes. Se recordará que su eficacia está probada en una variedad de contextos, incluyendo los servicios públicos de salud mental. Hay también evidencia preliminar de estudios de caso que sugiere la eficacia de la AC en otros trastornos como el estrés postraumático (Mulick et al., 2005; Mulick & Naugle, 2004), la ansiedad (Hopko et al., 2004; Hopko et al., 2006) y la personalidad límite (Hopko et al., 2003).

Es de señalar que esta eficacia mostrada por la AC fue medida de acuerdo con los instrumentos propios de la TC y de la medicación, las típicas escalas de Beck y Hamilton. No obstante, la AC dispone también de su propia escala (Kanter, Mulick, Bush, Berlin & Martell, 2007). Puede suponerse que la eficacia de una terapia de la depresión no habría de ser medida sólo en términos negativos de re-

ducción de síntomas sino también en términos positivos de *mejoras personales* (cambios ambientales, orientación de la vida, clarificación de valores, realización de actividades, consecución de objetivos, etcétera).

POR LA DESMEDICALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Se preguntaban Jacobson y Gortner en el año 2000 si la depresión podría ser desmedicalizada en el siglo XXI (Jacobson & Gortner, 2000). La respuesta quedaba a expensas de un estudio en el que se ponía a prueba la AC en relación con la TC y la medicación antidepressiva, de acuerdo con un diseño metodológicamente desafiante. Así, por ejemplo, la TC sería aplicada por un *Dream Team* de terapeutas cognitivos, de manera que no se pudiera alegar la falta de compromiso con la terapia. La medicación sería igualmente aplicada con todo rigor psicofarmacológico. Por su parte, la AC extremaría su carácter contextual. Este estudio no es otro que el ya citado de Dimidjian et al. (2006).

Pues bien, con los datos a la vista, la respuesta sería que la depresión puede ser desmedicalizada. ¿Qué significa esto en el estado actual de las cosas? Por lo pronto, la reapertura de una alternativa a los modelos del déficit de la depresión que dominan el discurso clínico, sea en términos de química cerebral (típicamente, 'desequilibrios de serotonina') o de mecanismos psicológicos, (típicamente 'esquemas cognitivos'). Estos modelos del déficit representan el triunfo del modelo de enfermedad entre los profesionales de la salud mental, un modelo que fue algún día contestado por los psicólogos clínicos pero que ahora es abrazado por la mayoría de ellos, en la medida en que la TC es el tratamiento psicológico de referencia. El caso es que el modelo de enfermedad de la depresión está incorporado en las convenciones clínicas incluso por parte de aquellos que propugnan tratamientos psicológicos.

La alternativa sería un modelo contextual que, como se ha visto, empieza por enseñar al cliente a comprender el problema presentado en relación con las circunstancias personales y en relación también con las cosas que él hace en tal situación (y no como algo que le 'pasa' o 'falla' dentro de sí). Tal como están las cosas, tiene especial relevancia resituar al 'paciente' respecto de su propio problema, ya que es usual que se conciba a sí mismo precisamente como paciente de una supuesta enfermedad de depresión, según se ha propagado en la cultura clínica mundana y se fomenta en las prácticas profesionales. Comoquiera que esta concepción no responde a

hallazgos científicos sino a tendencias culturales promovidas en buena medida por la industria farmacéutica, la concepción podría ser de otra manera y, por lo que aquí respecta, de una manera en que las personas tomaran las riendas para la solución de sus problemas como agentes activos que buscan la ayuda acorde con la naturaleza de su problema, como sería la ayuda proporcionada por la AC. Para la perspectiva contextual en clínica véanse, por ejemplo, Costa y López (2006) y González Pardo y Pérez Álvarez (en prensa).

Al menos, los pacientes/clientes deberían estar informados de estos hallazgos terapéuticos, alternativos a la medicación y a la consideración de su problema como enfermedad. Ni que decir tiene que esta consideración no le quita a la depresión importancia ni ignora el sufrimiento que supone. Lo que hace es situar la depresión en el contexto de los problemas de la vida y devolver al paciente la categoría de agente expropiada por la concepción de enfermedad.

Los clínicos también deberían estar informados como, por lo demás, es su deber de hallazgos como estos, debidamente fundados en estudios controlados y publicados. Si la 'formación continuada' de los clínicos incluyera como merece la alternativa contextual, la desmedicalización de la depresión se haría posible, ya que su medicalización actual es más que nada cuestión institucional. 'Como piensan las instituciones' es determinante para que las cosas sean de una manera u otra. De todos modos, el cambio de las convenciones clínicas no es sólo cuestión de 'formación continuada' sino y sobre todo de 'formación inicial' (de formación propiamente). Si los futuros clínicos no saben pensar los problemas de la gente más que en términos de moléculas o de mentes, aparte de que no sabrán otras cosas, pararán por padecer ellos mismos una suerte de 'efecto Charcot', por cuanto que encontrarán en los pacientes lo que ellos mismos propagan (Pérez Álvarez & García Montes, en prensa). Los que piensan en términos de moléculas lo tienen todavía más fácil para incurrir en este efecto, ya que los pacientes suelen estar formateados por la misma propaganda que los forma a ellos.

Finalmente, la política sanitaria que no se conforme con estadísticas, que esté preocupada por el continuo aumento del gasto sanitario en antidepresivos (como se recordará, en España se ha triplicado en 10 años) y que esté también interesada en ofrecer lo más efectivo y eficiente para los usuarios, debería considerar la alternativa contextual representada por la AC. Por lo que aquí

respecta, ya no se trataría sólo de reconocer la mejor alternativa representada por los tratamientos psicológicos de la depresión (Pérez Álvarez & García Montes, 2003). Por cierto, la alternativa de los tratamientos psicológicos de la depresión es reconocida por la London School of Economics (LSE, 2006; véase también InfoCop, 2006) al recomendar al sistema británico de salud la contratación de cinco mil psicólogos clínicos en los próximos siete años. Por lo que aquí respecta, se trataría de destacar dentro de los tratamientos psicológicos la alternativa más eficaz y la vez más eficiente que parece ser la AC. Al menos, el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU ya empieza a considerar la AC como una forma más simple de TC (NIMH, 2005, p. 92).

REFERENCIAS

- Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral therapy psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1417-1424.
- Addis, M. E. & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time. The new behavioural activation approach to getting your life back*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979/1981). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Bolling, M. Y., Kohlenberg, R. J. & Parker, C. R. (2000). Behavior analysis and depression. En M. J. Dougher, ed., *Clinical behavior analysis* (127-152). Reno, NV: Context.
- Costa, M. & López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Craven, M. A. & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the effective base. *Canadian Journal of Psychiatry, 51* (Suppl 1, May).
- Cullen, J. M., Stapes, C. R., Pagoto, S. & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: a pilot investigation. *The Behavior Analyst Today, 7*, 151-166.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 409-416.

- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Dworkin, R. W. (2001). The medicalization of unhappiness. *Public Interest*, 144, 85-99.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 857-870.
- Froján, M. X. (2004). Consultoría conductual. Terapia psicológica breve. Madrid: Pirámide.
- González Pardo, H. & Pérez Álvarez, M. (en prensa). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dodson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-388.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac. The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York: New York University Press.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B. & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K. & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 236-243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W. & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioural activation treatment for depression. A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Hopko, D. R., Robertson, S. M. & Lejuez, C. W. (2006). Behavioral activation for anxiety disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7, 212-233.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviours in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 460-478.
- InfoCop (2006, 28 de Junio). *Depresión, ansiedad y esquizofrenia: ¿Se está dando respuesta desde los sistemas nacionales de salud?* http://www.infocop.es/view_article.asp?id=914&cat=5
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 435-443.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E. & Koerner, K. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2: 295-304.
- Jacobson, N. S. & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Bush, A. M., Berlin, K. S. & Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* (Preprint), pp. 1-12. <http://ejournals.ebsco.com/direct.asp?>
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R. & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive*

- and *Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y & Kanter, J. W. (1999), Focusing on the client-therapist interaction. Functional analytic psychotherapy: a behavioural approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lejuez, C. W. Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D. & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164-175.
- LSE (2006). *The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.
- Leventhal, A. M. & Martell, C. R. (2006). *The myth of depression as disease. Limitations and alternatives to drug treatment*. Londres: Praeger.
- Lewinsohn, P. M. & Gotlib, I. H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 352-375). Nueva York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. & Zeiss, A. M. (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Medawar, C. & Hardon, A. (2004). *Medicines out of control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill*. Netherlands: Aksant.
- Martell, C. R, Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context. Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.
- Mulick, P. S., Landes, S. & Kanter, J. W. (2005). Contextual behaviour therapies in the treatment of PTSD: A Review. *International Journal of Behavior Consultation and Therapy*, 1, 223-238.
- Mulick, P. S. & Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 378-387.
- NIMH (2005). *Breaking ground, breaking through: the strategic plan for mental research*. National Institutes of Mental Health, U. S. Department of Health and Human Services.
- Pilgrim, D. & Bentall, R. (1999). The medicalization of misery: a critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health*, 8, 261-274.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. (2005). Psicología del Quijote. *Psicohema*, 17, 2, 303-310.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. & García Montes, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vázquez, I., (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos* (pp. 161-195. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. & García Montes, J. M. (2004). Personality as a work of art. *New Ideas in Psychology*, 22, 157-173.
- Pérez Álvarez, M. & García Montes, J. M. (en prensa). The Charcot Effect: the invention of mental illness. *Journal of Constructivist Psychologist*, 20.
- Porter, J. F., Stapes, C. R. & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public health settings: a pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 297-301.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R. & Lejuez, C. W. (2005). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 2, 1-17.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Pirámide.

EFECTIVIDAD DE LOS MODERNOS FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS: ¿AVANCE TERAPÉUTICO O MÁS DE LO MISMO?

EFFECTIVENESS OF MODERN ANTIPSYCHOTIC DRUGS FOR THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS: THERAPEUTIC PROGRESS OR MORE OF THE SAME?

Héctor González-Pardo

Universidad de Oviedo

Los antipsicóticos o neurolépticos son los fármacos con la mayor eficacia conocida para tratar los síntomas psicóticos en la esquizofrenia y otros trastornos mentales relacionados. A pesar de los avances en la terapia farmacológica de la esquizofrenia durante las dos últimas décadas, la calidad de vida en la gran mayoría de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica se mantiene por debajo de la normalidad. Recientes ensayos clínicos no subvencionados por empresas farmacéuticas sobre la efectividad y la relación coste-beneficio de las distintas clases de fármacos antipsicóticos disponibles para el tratamiento de la esquizofrenia, indican que no existen grandes diferencias entre los modernos antipsicóticos atípicos o de segunda generación y los convencionales en cuanto a eficacia, tasa de abandono o calidad de vida. Estos resultados evidencian nuestro desconocimiento sobre la fisiopatología de la esquizofrenia, pero también estimulan la investigación de nuevas dianas farmacológicas, tratamientos psicológicos e intervenciones psicosociales alternativas.

Palabras clave: Antipsicóticos, esquizofrenia, efectividad

Antipsychotic or neuroleptic drugs are the most effective medications known to treat psychotic symptoms in schizophrenia and related mental disorders. Despite progress in the pharmacological therapy of schizophrenia during the last two decades, the quality of life in most patients diagnosed with schizophrenia remains under normal levels. Recent clinical trials not sponsored by the pharmaceutical industry on the effectiveness and cost-utility of different classes of antipsychotics indicate that there are no substantial differences between modern second generation or atypical antipsychotics and older conventional ones regarding discontinuation rates, efficacy, or quality of life. These results evidence our lack of knowledge on the physiopathology of schizophrenia, but also stimulate research of novel pharmacological targets, psychological treatments, and alternative psychosocial interventions.

Key Words: Antipsychotic drugs, schizophrenia, effectiveness

Tradicionalmente, se suele considerar que la introducción clínica en 1952 de los primeros fármacos neurolépticos como la clorpromazina para el tratamiento de la agitación maníaca y la esquizofrenia supuso un avance crucial en el campo de la Psiquiatría. A pesar de que frecuentemente se atribuye la disminución progresiva del número de pacientes ingresados en instituciones mentales a la introducción de estos fármacos principalmente en los EE.UU., en realidad diversos motivos sociales, políticos y económicos no relacionados con la eficacia de los neurolépticos desencadenaron el conocido fenómeno de la "desinstitucionalización psiquiátrica" (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). No obstante, no cabe duda de que los fármacos neurolépticos representaron y representan en la actualidad un significativo avance terapéutico para el tratamiento

sintomático de la esquizofrenia. Los primeros neurolépticos fueron descubiertos por casualidad (o mejor habría que decir *serendipity*, vocablo inglés que indica algo que se halla por azar y sagacidad cuando no se busca originalmente) en la investigación y uso de fármacos con potencial antihistamínico para el tratamiento de reacciones alérgicas y para evitar reacciones de estrés fisiológico durante la cirugía mayor (Healy, 2002).

El término neuroléptico, literalmente "que se aferra o ata a los nervios", fue acuñado por los psiquiatras franceses Delay y Deniker, a los que se les atribuye la introducción de la clorpromazina para el tratamiento de la esquizofrenia. Aunque actualmente en desuso, este término describe perfectamente el efecto neurológico y psíquico de estos fármacos, ya que causan una disminución general de los movimientos espontáneos y un estado de indiferencia emocional ante el entorno. Este efecto neuroléptico es comúnmente considerado como terapéutico sobre todo en los pacientes agitados o agresivos, muchos de los cuales suelen padecer síntomas psicóticos. El potencial terapéuti-

co de los neurolepticos es patente en el tratamiento de los conocidos como síntomas positivos de la esquizofrenia, ya que suelen atenuar el impacto psíquico de las ideas delirantes, las alucinaciones auditivas, la agitación o la ansiedad. Con la administración prolongada de antipsicóticos en sujetos con diagnóstico de esquizofrenia, se aprecia también una mejoría en otros síntomas como el pensamiento desorganizado, la conducta inapropiada o una disminución de las recaídas en forma de brotes psicóticos. Por ello, actualmente se tiende habitualmente a denominar a estos fármacos como ‘antipsicóticos’, ya que disminuyen estos síntomas psicóticos pero no los eliminan totalmente. Sin embargo, otros síntomas más devastadores y duraderos de la esquizofrenia como la disminución de la emotividad, aislamiento social, falta de iniciativa o motivación, anhedonia o pobreza del lenguaje (llamados síntomas negativos), trastornos cognitivos o del estado de ánimo, no mejoran apreciablemente o incluso empeoran con el tratamiento crónico con antipsicóticos (Miyamoto, Duncan, Marx y Lieberman, 2005).

Aunque las estimaciones de eficacia clínica de los antipsicóticos clásicos o convencionales varían ampliamente según el criterio clínico empleado, en general se estima que sólo un tercio de los pacientes esquizofrénicos responde favorablemente a estos fármacos integrándose socialmente o laboralmente, otro tercio responde parcialmente mejorando sus síntomas pero experimentando recaídas que requieren hospitalización en algún momento y precisando asistencia social (Lewander, 1992). Por último, el tercio restante no responde a los antipsicóticos o lo hace mínimamente (Meyer y Quenzer, 2005; Kane, 1996). Por ejemplo, algunos estudios de meta-análisis muestran que se observa una tasa de recaída del 55% en pacientes esquizofrénicos que reciben un placebo, mientras que dicha tasa disminuye al 21% en los tratados crónicamente con antipsicóticos, lo que indica una eficacia neta de los antipsicóticos de un 34% frente al placebo desde este punto de vista (Davis et al., 1993). A pesar de su limitada eficacia, múltiples estudios han mostrado que la clorpromazina y otros neurolepticos clásicos son más eficaces que un placebo o la psicoterapia por sí misma en el tratamiento y la profilaxis de los brotes psicóticos en pacientes con esquizofrenia (Davis et al., 1993; May et al., 1981; Prien y Cole, 1968).

Desafortunadamente, la tasa de abandono del tratamiento con neurolepticos es muy elevada, debido no sólo a su moderada eficacia para el tratamiento de las psicosis, sino

más bien a la gran incidencia de efectos secundarios adversos asociados (van Putten, 1974). Entre otros muchos, destacan los conocidos como síntomas extrapiramidales (SEPs) que se observan en casi el 75% de los pacientes con esquizofrenia que reciben tratamientos prolongados con antipsicóticos, en forma de trastornos del movimiento como la discinesia tardía, las distonias, o las acinesias / bradicinesias de tipo Parkinsoniano, a los que se suma la acatisia, una sensación subjetiva de inquietud motora.

LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

A finales de los años 80 el abordaje farmacológico de la esquizofrenia pareció cobrar un nuevo rumbo con la reintroducción de la clozapina en Europa para el tratamiento de la esquizofrenia resistente a los neurolepticos convencionales. En diversos ensayos clínicos aleatorizados se logró demostrar que la clozapina tendría características farmacológicas únicas al mostrar una mayor eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia resistente y también una mínima incidencia de SEPs (Kurz, Hummer, Oberbauer y Fleischhacker, 1995; Kane, Honigfeld, Singer y Meltzer, 1988). Sin embargo, la clozapina se asocia con riesgo de agranulocitosis potencialmente mortal, sedación, hipotensión e incremento de peso. A partir de entonces, se han desarrollado diversos fármacos antipsicóticos en un intento de imitar a la clozapina en cuanto a sus propiedades farmacológicas y terapéuticas, que generalmente se suelen conocer como antipsicóticos de segunda generación o “atípicos”: risperidona, quetiapina, olanzapina, amisulpride, ziprasidona, etc.

No existe un consenso actual sobre el criterio de atipicidad entre los especialistas frente a los neurolepticos o antipsicóticos convencionales. Para algunos, la atipicidad se basaría en sus distintas propiedades farmacológicas, dado que suelen ser antagonistas o producen el bloqueo no sólo de receptores para la dopamina (sobre todo el tipo D2), sino también de distintos receptores de la serotonina incluso con mayor afinidad (tipo 5HT-2). Sin embargo este criterio se incumple por ejemplo para el amisulpride, ya que no tiene tanta afinidad para la serotonina, sino más bien para distintos receptores de la dopamina (tipos D2 y D3). Para otros, se basaría en su menor incidencia para causar SEPs en comparación con los neurolepticos convencionales como el haloperidol (neuroleptico de alta potencia prototípico junto con la clorpromazina). Quizás con la excepción de la clozapina, estos SEPs aparecen cuando se emplean dosis tera-

péuticas moderadamente elevadas de la risperidona u otros antipsicóticos atípicos. Por último, otros especialistas señalan su pretendida mayor eficacia para tratar los síntomas negativos de la esquizofrenia en comparación con los neurolépticos convencionales (Davis, Chen y Glick, 2003). No obstante, el menor riesgo de SEPs con el uso de antipsicóticos atípicos ha promovido su uso como agentes terapéuticos de primera línea para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos por la mayoría de los clínicos, desplazando actualmente a los antipsicóticos convencionales a pesar de su elevado coste.

Debido en parte al enorme coste para el sistema sanitario, el tema de la eficacia de los antipsicóticos atípicos ha sido hasta ahora ampliamente debatido, sobre todo teniendo en cuenta la descripción de sus nuevos efectos adversos como la obesidad, hiperlipidemia, diabetes, resistencia a la acción de la insulina e hipercolesterolemia (conjunto de síntomas conocidos como “síndrome metabólico”) y el mayor riesgo asociado de trastornos cardiovasculares o cerebrovasculares en general (Lieberman, 2004). Por otra parte, la supuesta mayor eficacia terapéutica de los antipsicóticos atípicos en general para el tratamiento de la esquizofrenia frente a los neurolépticos convencionales ha sido cuestionada por diversos meta-análisis y revisiones sistemáticas hace años (Bagnall et al., 2003; Leucht, Wahlbeck, Hamann y Kissling, 2003; Geddes, Freemantle, Harrison y Bebbington, 2000). Parece ser que en la mayoría de estudios comparativos de eficacia terapéutica y tolerancia de los antipsicóticos atípicos frente a los convencionales arrojaban resultados muy variables e incluso contradictorios, en función del tipo de antipsicótico convencional de referencia –que suele ser el haloperidol, neuroléptico de elevada potencia con un alto riesgo para causar SEPs– y la dosis utilizada, que suele ser muy elevada.

EFFECTIVIDAD FRENTE A EFICACIA

Si esto último es cierto, ¿cómo explicar la generalmente asumida afirmación de que los antipsicóticos atípicos o de segunda generación son más eficaces para tratar no sólo los síntomas negativos de la esquizofrenia, sino también los trastornos anímicos y cognitivos asociados, pero no la calidad de vida?. Recientemente distintos investigadores y clínicos han ofrecido una posible solución a esta paradoja al emplear medidas de efectividad y no simplemente de eficacia para establecer el verdadero

valor terapéutico de los antipsicóticos. La efectividad hace referencia a la eficacia en condiciones de uso habitual y en pacientes no seleccionados que padecen cierto trastorno o enfermedad. Sin embargo, en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA), que son el principal y único instrumento empleado para establecer experimentalmente la eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos o terapéuticos en seres humanos, no se contempla la efectividad. Al contrario que en la efectividad o eficacia “en el mundo real”, la eficacia en los ECA se establece a lo sumo en muestras muy limitadas de pacientes que no suelen superar el millar de individuos, seleccionados cuidadosamente a fin de que presenten pocas o ninguna otra patología asociada, con cuadros clínicos muy definidos o prototípicos, que además son evaluados a corto plazo en un entorno controlado como los centros sanitarios. Por tanto, es razonable suponer que los resultados de efectividad sean inferiores a los de eficacia terapéutica, dado el gran número de factores que afectan negativamente a la eficacia de los psicofármacos en la vida real.

LOS INESPERADOS RESULTADOS DE LOS ÚLTIMOS ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD DE ANTIPSICÓTICOS

A finales del pasado año, se publicaron los resultados iniciales de dos grandes estudios multicéntricos que por primera vez analizan la efectividad de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia, y que de manera excepcional no fueron financiados por compañías farmacéuticas sino con fondos públicos (Lieberman, 2006). Se trata de los ensayos clínicos de antipsicóticos y la efectividad de intervención (CATIE) promovidos por el Instituto Nacional de la Salud Mental en los EE. UU., y del estudio de coste-utilidad de los últimos fármacos antipsicóticos en la esquizofrenia (CUtlASS 1).

Resumidos en la Tabla 1, aparecen las características particulares del diseño experimental de ambos estudios. Cabe destacar el original diseño de los ensayos CATIE para conseguir establecer las condiciones habituales de uso y prescripción de los antipsicóticos, que se subdividen en tres fases consecutivas. En la primera, se trata de un diseño a doble ciego aleatorizado en cuanto a la asignación de tratamientos, en los que se asignan los pacientes con esquizofrenia al tratamiento con un antipsicótico convencional o de primera generación (perfenazina), o de segunda generación (olanzapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona). En el caso en

que los pacientes abandonen el tratamiento en la primera fase, se les deja participar en un estudio en el que se compara la clozapina frente a otros antipsicóticos atípicos –llamada vía de la eficacia– o bien otro en el que se comparan entre sí los antipsicóticos atípicos salvo la clozapina –vía de la tolerabilidad–. Este estudio tiene la particularidad adicional de que la variable principal de análisis es la tasa de abandono, que se usó como índice general de la efectividad del tratamiento. Mediante una serie de cuestionarios, la tasa de abandono pudo ser valorada en términos de falta de eficacia terapéutica, o asociada con la intolerancia a los efectos secundarios.

En contra de la hipótesis inicial de los autores de estos ensayos, los resultados de estas dos primeras fases de

los ensayos CATIE (Tabla 2), mostraron que la tasa de abandono fue muy elevada en general para todos los tipos de antipsicóticos, con grandes variaciones individuales. Además, no se apreciaron grandes diferencias en cuanto la efectividad de todos los antipsicóticos utilizados. Así, aunque la olanzapina fue ligeramente más eficaz que el resto de antipsicóticos (con la excepción de la clozapina), sin embargo tuvo una elevada tasa de abandono por sus efectos adversos como el incremento de peso y otros trastornos endocrinos (Nasrallah, 2006; McEvoy et al., 2006; Lieberman et al., 2005). Los antipsicóticos atípicos como la clozapina confirman su eficacia superior sólo en aquellos pacientes que muestran resistencia al tratamiento con otros antipsicóticos.

TABLA 1 DISEÑO EXPERIMENTAL DE LOS DOS PRIMEROS ENSAYOS SOBRE EFECTIVIDAD DE ANTIPSICÓTICOS		
País	CATIE EE.UU.	CULASS 1 Reino Unido
Promotor público	<i>National Institute of Mental Health</i>	<i>National Health Service</i>
Variable clínica primaria evaluada	Abandono de la medicación	Calidad de vida
Diagnóstico	100% esquizofrenia	75% esquizofrenia, 25% otras psicosis
Duración	18 meses	12 meses
Número de sujetos	1.460	227
Procedimiento de enmascaramiento	A doble ciego	Abierto para pacientes y médicos, pero ciego para evaluadores
Nº de centros participantes	57	14
Inclusión de pacientes con primer episodio psicótico	No	Sí (13%)
Antipsicóticos utilizados	4 ASG, 1 APG (20% sujetos, perfenazina)	4 ASG, 15 APG (50% sujetos)
Porcentaje de pacientes con tratamiento previo con antipsicóticos	74%	99%
Duración media del trastorno	16 años	14 años
Basado en Constantine y Tandon (2007). CATIE: <i>Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness</i> CULASS: <i>Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study</i> ASG: Antipsicótico de segunda generación o atípico APG: Antipsicótico convencional o de primera generación.		

TABLA 2 RESUMEN DE RESULTADOS PRINCIPALES OBTENIDOS EN LOS ENSAYOS CATIE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tras finalizar la Fase I, un elevado porcentaje de pacientes abandonaron la medicación (74%) por decisión propia (24%), seguida por falta de eficacia (24%), intolerancia a efectos adversos (15%) y otras razones (6%). ✓ Máximo porcentaje abandona la olanzapina (19%), seguido por perfenazina (16%), quetiapina y ziprasidona (15% cada una) y risperidona (10%). ✓ Razones para el abandono: síndrome metabólico-ganancia de peso (olanzapina), SEPs (perfenazina). ✓ Tiempo medio para el abandono: máximo en olanzapina (9,2 meses) frente al resto (entre 3,5 y 5,6 meses). ✓ Duración de tratamiento con éxito: mayor en olanzapina (3 meses) frente al resto (0,5-1,5 meses). ✓ Fase II, eficacia mayor con clozapina (56% abandono) frente a olanzapina (72%), risperidona (86%) y quetiapina (93%). ✓ Fase II, tolerancia similar, aunque mejor en risperidona (64% abandono) frente a olanzapina (67%), ziprasidona (77%) y quetiapina (84%).

TABLA 3 RESUMEN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS ENSAYOS CULASS 1
<p>Rama I</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio de 1 año de duración, comparando relación coste-utilidad en APG y ASG para el tratamiento de la esquizofrenia. ✓ APG y ASG iguales en efectividad general y calidad de vida, sin diferencias en efectos secundarios. <p>Rama II</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio durante 1 año, comparando clozapina frente a otros ASG en el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento. ✓ Clozapina significativamente más efectiva que otros ASG ($P < 0,02$), pero no en la mejora de la calidad de vida ($P = 0,08$).

Por otra parte, todos los fármacos antipsicóticos produjeron una modesta mejora en la función psicosocial medida con escalas de calidad de vida, sin diferencias significativas entre antipsicóticos de primera o segunda generación (Swartz et al., 2007). En estos momentos, la fase 3 de los ensayos CATIE se está realizando aún. En esta última fase, se incluyen pacientes que abandonaron la fase 2, a quienes se les tratará en un diseño abierto a tratamiento con uno o dos de los antipsicóticos convencionales y atípicos utilizados (incluyendo el novedoso aripiprazol). Es esperable que, de acuerdo con otros meta-análisis publicados, el antipsicótico de "tercera generación" aripiprazol no ofrezca ventajas en cuanto a tolerabilidad o eficacia respecto a los demás antipsicóticos clásicos o atípicos (El-Sayeh y Morganti, 2006).

El segundo estudio de efectividad y coste más reciente (CULASS 1) realizado en el Reino Unido confirma los resultados de los ensayos CATIE norteamericanos (Tabla 3). También en contra de la hipótesis inicial de los investigadores, en cuanto a efectividad y calidad de vida los antipsicóticos atípicos o de segunda generación son similares a los neurolépticos clásicos (Jones et al., 2006). Este estudio fue bastante exhaustivo en cuanto a la evaluación de la efectividad, valorada en seis escalas distintas dirigidas al paciente o al evaluador, junto con otra escala de calidad de vida. Ni siquiera la clozapina fue significativamente mejor que el resto de antipsicóticos atípicos en cuanto a calidad de vida, pero destacaba en su eficacia general para reducir los síntomas psicóticos. Los resultados de ambos ensayos clínicos y los de meta-análisis anteriores indican que la diferencia en eficacia y tolerabilidad entre distintas clases de antipsicóticos ha sido exagerada, y no justifican la elección de antipsicóticos atípicos como primera elección para el tratamiento de la esquizofrenia en términos de coste-beneficio.

Por si esto fuera poco, otros resultados de los ensayos CATIE y meta-análisis recientes desaconsejan el uso de antipsicóticos atípicos para el tratamiento de los síntomas psicóticos o la agitación asociadas con demencias como la enfermedad de Alzheimer, por su falta de eficacia y riesgo de muerte por trastornos cardiovasculares (Ballard y Waite, 2007; Schneider et al., 2006)

En conclusión, estos nuevos estudios subrayan la importancia de individualizar el tratamiento con antipsicóticos, por la gran variabilidad de respuesta y tasa de abandono encontrada. Asimismo, confirman los beneficios del cambio de fármaco antipsicótico en ciertos pacientes con es-

quizofrenia resistente al tratamiento farmacológico. También indican que, salvo en pacientes con mayor riesgo o presencia de SEPs, se justificaría el uso en primera instancia de antipsicóticos convencionales, por su similar efectividad y bajo coste. Finalmente, estos inesperados resultados sobre la modesta efectividad del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, deberían promover un replanteamiento del abordaje farmacológico actual de la esquizofrenia. Parece que la clave terapéutica no residiría tanto en la ya conocida modulación directa o indirecta de los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica cerebral, que es el mecanismo de acción común a todos los por los antipsicóticos desarrollados hasta ahora. A su vez, la elevadísima tasa de abandono de la medicación antipsicótica, junto con su mínima incidencia sobre la deteriorada calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia, evidencian la urgente necesidad de introducir nuevos fármacos o terapias más eficaces. Esperemos que los estudios de efectividad se extiendan a otros psicofármacos, y que fomenten la investigación sobre etiopatología de la esquizofrenia y otros graves trastornos mentales.

REFERENCIAS

- Bagnall, A.M., Jones, L., Ginnelly, L., Lewis, R., Glanville, J., Gilbody, S., Davies, L., Torgerson, D. y Kleijnen, J. (2003). A systematic review of atypical antipsychotic drugs in schizophrenia. *Health Technology Assessment*, 7(1), 1-193.
- Ballard, C. y Waite, J. (2007). Efectividad de los fármacos antipsicóticos atípicos para el tratamiento de la agresividad y la psicosis en la enfermedad de Alzheimer (revisión Cochrane). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, nº 1. Oxford, U.K.: Update Software, Ltd.
- Constantine, R.J. y Tandon, R. (2007). Antipsychotics equivalent? CULASS renews the debate. *Current Psychiatry*, 6(2), 58-78.
- Davis, J.M., Chen, N. y Glick, I.D. (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60, 553-564.
- Davis, J.M., Kane, J.M., Marder, S.R., Brauder, B., Gierl, B., Schooler, N., Casey, D.E. y Hassan, M. (1993). Dose response of prophylactic antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 24-30.
- El-Sayeh, H.G. y Morganti, C. (2007). Aripiprazol para la esquizofrenia (revisión Cochrane). En *La Biblioteca Cochrane Plus*, nº 1. Oxford, U.K.: Update Software Ltd.

- Geddes, J., Freemantle, N., Harrison, P. y Bebbington, P. (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal*, 321, 1371-1376.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez M. (2007). *La Invencción de Trastornos Mentales: ¿Escuchando al Fármaco o al Paciente?* (pp. 110-111). Madrid: Alianza Editorial (en prensa).
- Healy, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. (pp. 77-96). Cambridge MA, London: Harvard University Press.
- Jones, P.B., Barnes, T.R.E., Davies, L., Dunn, G., Lloyd, H., Hayhurst, K.P., Murray, R.M., Markwick, A. y Lewis, S.W. (2006). Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Archives of General Psychiatry*, 63, 1079-1087.
- Kane, J.M. (1996). Factors which can make patients difficult to treat. *British Journal of Psychiatry*, 31, 10-14.
- Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J. y Meltzer, H. (1988). Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Archives of General Psychiatry*, 45(9), 789-796.
- Kurz, M., Hummer, M., Oberbauer, H. y Fleischhacker, W.W. (1995). Extrapyramidal side effects of clozapine and haloperidol. *Psychopharmacology* 118(1), 52-56.
- Leucht, S., Wahlbeck, K., Hamann, J. y Kissling, W. (2003). New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 361, 1581-1589.
- Lewander, T. (1992). Differential development of therapeutic drugs for psychosis. *Clinical Neuropharmacology*, 15 (Sup. A), 654A-655A.
- Lieberman, J.A. (2004). Metabolic changes associated with antipsychotic use. *Primary Care Companion: Journal of Clinical Psychiatry*, 6 (sup. 2), 8-13.
- Lieberman, J.A. (2006). Comparative effectiveness of antipsychotic drugs. A commentary on CUtLASS 1 and CATIE. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1069-1072.
- Lieberman, J.A., Stroup, S., McEvoy, J., Schwartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, S.M., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J. y Hsiao, J.K. (2005). Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223.
- May, P.R., Tuma, A.H., Dixon, W.J., Yale, C., Thiele, D.A. y Krause, W.H. (1981). Schizophrenia: a follow-up study of the results of five forms of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38, 776-784.
- McEvoy, J.P., Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Davis, S.M., Meltzer, H.Y., Rosenheck, R.A., Swartz, M.S., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, C.E., Severe, J. y Hsiao, J.K. (2006). Effectiveness of clozapine vs olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 600-610.
- Meyer, J.S. y Quenzer, L.F. (2005). *Psychopharmacology: Drugs, The Brain, and Behavior*. (pp. 450-451). Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates.
- Miyamoto, S., Duncan, G.E., Marx, C.E. y Lieberman, J.A. (2005). Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Molecular Psychiatry*, 10, 79-104.
- Nasrallah, H.A. (2006). CATIE's surprises. In antipsychotic's square-off, were there winners or losers? *Current Psychiatry*, 5(2), 49-65.
- Prien, R.F. y Cole, J.O. (1968). High dose chlorpromazine therapy in chronic schizophrenia: report of the National Institute of Mental Health- psychopharmacology research branch collaborative study group. *Archives of General Psychiatry* 18, 482-495.
- Schneider, L.S., Tariot, P.N., Dagerman, K.S., Davis, S.M., Hsiao, J.K., Ismail, M.S., Lebowitz, B.D., Lyketsos, C.G., Ryan, J.M., Stroup, T.S., Sultzer, D.L., Weintraub, D. y Lieberman, J.A. (2006). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer disease. *New England Journal of Medicine*, 355(15), 1525-1538.
- Swartz, M.S., Perkins, D.O., Stroup, T.S., Davis, S.M., Capuano, G., Rosenheck, R.A., Reimherr, F., McGee, M.F., Keefe, R.S.E., McEvoy, J.P., Hsiao, J.K. y Lieberman, J.A. (2007). Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from the NIMH CATIE study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 428-436.
- Van Putten, T. (1974). Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Archives of General Psychiatry*, 31(1), 67-72.

LA MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA ESQUIZOTIPIA A REVISIÓN

MULTIDIMENSIONALITY OF SCHIZOTYPY UNDER REVIEW

**Eduardo Fonseca-Pedrero, José Muñiz, Serafín Lemos-Giráldez, Eduardo García-Cueto,
Ángela Campillo-Álvarez y Úrsula Villazón García**
Universidad de Oviedo

El objetivo del presente trabajo consistió en llevar a cabo una revisión de las dimensiones de la esquizotipia en la última década. La finalidad fue estudiar la naturaleza y estructura de la esquizotipia de cara a una mejor comprensión y delimitación del constructo. Los datos indican que la esquizotipia es un constructo multidimensional que se puede concretar en tres o cuatro dimensiones. El factor Positivo (Experiencias Inusuales) y el factor Negativo (Anhedonia) han sido ampliamente replicados. El tercer y/o cuarto se concreta en una dimensión de Desorganización, de No Conformidad Impulsiva, de Paranoia o Ansiedad Social. Las dimensiones de la esquizotipia varían en función del sexo y la edad. Los varones tienden a puntuar más elevado que las mujeres en la dimensión negativa mientras que las mujeres lo hacen en la dimensión positiva y en el factor Ansiedad Social. La comparación estricta entre los estudios factoriales se encuentra dificultada por el tipo de instrumento, la muestra empleada y el modelo estadístico utilizado. El Schizotypal Personality Questionnaire es el cuestionario más investigado, mostrando gran consistencia en su solución trifactorial. Los estudios factoriales de la esquizotipia se han realizado en una amplia variedad de culturas. Las futuras investigaciones deberán tener presente las limitaciones metodológicas, la aplicación de diferentes medidas de esquizotipia de forma conjunta, el estudio del constructo a través de las diferentes culturas y la relación de la esquizotipia con otras variables.

Palabras clave: Revisión, esquizotipia, propensión a la psicosis, rasgos de la esquizotipia, análisis factorial

The purpose of this article was to review dimensional studies of schizotypy in the last decade; particularly, its nature and structure, for a better understanding and definition of this construct. Data from those studies indicate that schizotypy is a multidimensional construct consisting in three or four dimensions. A Positive factor (Unusual experiences) and a Negative factor (Anhedonia) were widely confirmed, but a third or even a fourth dimension (Disorganization, Impulsive non-conformity, Paranoia or Social Anxiety) were also found. Dimensions of schizotypy vary according to gender and age, showing men higher scores in the Negative dimension than women, while women score higher in the Positive dimension and in the Social Anxiety factor than men; however, a precise comparison is hindered by the instruments, the samples, and the statistical model used. The Schizotypal Personality Questionnaire is most studied instrument, as it shows good consistency in a tri-factorial solution. Factorial analyses of schizotypy were done in very different cultures. Future research should bear several aspects in mind: methodological shortcomings, a combined use of different measures of schizotypy, the study of this construct in different cultures, and the relationship of schizotypy with other variables.

Key words: Review, schizotypy, psychosis proneness, schizotypal traits, factor analysis

Uno de los desafíos más importantes de la psicopatología actual es investigar qué rasgos y características hacen vulnerables a las personas a la aparición de trastornos psicológicos. Por ello, los esfuerzos actuales van encaminados a detectar e intervenir precozmente en personas con propensión a desarrollar problemas psicológicos. En este sentido, los estudios sobre intervención temprana en la esquizofrenia se encuentran bastante desarrollados en comparación a otros trastornos. La literatura indica que una intervención precoz en la esquizofrenia es un buen predictor de cara a la obtención de mejores resultados en el tratamiento

(McGlashan y Johannessen, 1996), dato que ha dado lugar al desarrollo de una extensa variedad de programas a esfera mundial (Vallina, Lemos Giráldez, y Fernández, 2006).

La esquizotipia se encuentra, desde sus orígenes, íntimamente relacionada con las psicosis. El término esquizotipia, también conocido como propensión a la psicosis (Chapman, Edell, y Chapman, 1980), puede ser visto como una dimensión normal de la personalidad o como un indicador de la predisposición a las psicosis (Claridge, 1997; Cyhlarova y Claridge, 2005). Diversos estudios indican que las experiencias psicóticas se encuentran presentes en población normal, sugiriendo la existencia de un continuo dimensional (Johns y van Os, 2001) entre la población normal y dichas experiencias

(Verdoux y Van Os, 2002). La esquizotipia se enmarca dentro de este modelo (Claridge, 1997) extendiéndose igualmente desde la personalidad no patológica (salud), hasta la psicosis (enfermedad). Las variaciones a lo largo de este continuo describen diferentes grados de predisposición a los trastornos psicóticos. Dicha vulnerabilidad o predisposición a la esquizofrenia se expresa, por lo tanto, a lo largo de un continuo psicopatológico.

La relevancia de la investigación sobre los rasgos esquizotípicos reside básicamente en tres puntos. En primer lugar, permite mejorar la comprensión de los mecanismos que subyacen a la esquizofrenia, investigando los nexos de unión entre ambas entidades. En segundo lugar, permite estudiar a los sujetos libres de la enfermedad psicótica, sin los efectos secundarios de la medicación y de la iatrogenia (Heron, Jones, Williams, Owen, Craddock, y Jones, 2003; Martinena Palacio et al., 2006). En tercer lugar, ofrece la posibilidad de detectar, mediante autoinformes y entrevistas, a los participantes con una alta probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, los llamados estudios de alto riesgo psicométrico (Lenzenweger, 1994).

Las investigaciones sobre la evaluación de la personalidad esquizotípica se enmarcan básicamente dentro de las investigaciones de alto riesgo psicométrico. La finalidad no es otra que detectar, mediante pruebas psicométricas, a aquellos sujetos con probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, como pueden ser la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos o las personalidades esquizoide, paranoide y esquizotípica. De este modo, puntuaciones elevadas en la medida de esquizotipia parecen indicar una cierta propensión al desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico (Chapman, Chapman, Raulin, y Eckblad, 1994; Gooding, Kathleen, y Matts, 2005; Kwapil, Miller, Zinser, Chapman, y Chapman, 1997), siendo también el mejor predictor de cara al posterior desarrollo de este tipo de trastornos entre una amplia gama de variables psicopatológicas (Gooding et al., 2005). Con dicha intención se han creado una amplia variedad de autoinformes entre los que destacan *Schizotypal Personality Questionnaire* en su versión larga y reducida (Raine, 1991; Raine y Benishay, 1995) y las escalas del grupo de la Universidad de Wisconsin-Madison: *Perceptual Aberration Scale* (Chapman, Chapman, y Rawlin, 1978), *Magical Ideation Scale* (Eckblad y Chapman, 1983), *Physical and Social Anhedonia Scales* (Chapman, Chapman, y

Raulin, 1976) y *Revised Social Anhedonia Scale* (Eckblad, Chapman, Chapman, y Mishlove, 1982). La mayoría de estas escalas ha sido adaptada y traducida al español por diferentes grupos de investigación (Mata, Mataix-Cols, y Peralta, 2005; Muntaner, García-Sevilla, Fernández, y Torrubia, 1988).

Del mismo modo que ocurre con la esquizofrenia, la esquizotipia se ha propuesto como una estructura multidimensional. En los últimos años se ha debatido ampliamente cuál es la estructura de la esquizotipia, tratando de determinar la naturaleza y el número de dimensiones psicopatológicas. El objetivo del presente trabajo es estudiar la naturaleza y estructura de la esquizotipia a través de los diferentes estudios factoriales realizados sobre autoinformes de evaluación. La finalidad no es otra que dar una visión del panorama actual de la esquizotipia aclarando su naturaleza estructural, en lo referido al número y contenido de los factores, de cara a una mejor comprensión, delimitación y abordaje del constructo.

MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA ESQUIZOTIPIA

La investigación sobre la dimensionalidad de la esquizotipia está muy ligada a la técnica del análisis factorial y a la propia noción de factor. Por lo tanto, antes de introducirse en el estudio de la dimensiones de la esquizotipia hay que tener presente cuál es el objetivo del análisis factorial y qué es lo que entendemos por factor. Siguiendo al principal impulsor de esta técnica en España, Mariano Yela, indica que: *"El análisis factorial tiene por objetivo descubrir las dimensiones de variabilidad común existentes en cierto campo de fenómenos. A cada dimensión de variabilidad común se le da el nombre de factor"* (Yela, 1997, pag. 25).

Centrándose en los análisis factoriales de la esquizofrenia y esquizotipia, la evidencia empírica acumulada indica que la esquizofrenia es un constructo multifactorial (John, Khanna, Thennarasu, y Reddy, 2003; Lemos Giráldez et al., 2006; Lindenmayer et al., 2004). Los factores hallados en la esquizotipia presentan un paralelismo fenotípico similar al encontrado en la esquizofrenia. Este paralelismo entre ambas entidades es posible que pueda indicar un mecanismo etiológico común (Mehel, 1962), aunque no necesariamente (Venables y Rector, 2000).

En la Tabla 1 se presentan los análisis factoriales llevados a cabo en la última década así como el número de factores, el tipo de muestra, el instrumento utilizado y el análisis estadístico empleado. Es importante mencionar,

TABLA 1
PRINCIPALES INVESTIGACIONES SOBRE LOS ESTUDIOS
FACTORIALES DE LA ESQUIZOTIPIA, EN LA ÚLTIMA DÉCADA

<i>Referencia</i>	<i>Nº de Factores</i>	<i>Escalas</i>	<i>Muestra N; Media (DT)</i>	<i>Tipo y nacionalidad</i>	<i>Tipo de análisis</i>
Chen, Hsiao, y Lin, 1997	3 Cognitivo-Perceptual Interpersona Desorganización	SPQ PAS	(1) 345; 42,9 (12,8) (2) 115; 14,0 (0,8)(2)	(1) Adultos (2) Adolescentes de Taiwan	AFC
Wolfradt y Straube, 1998	3 Ideación Mágica/Experiencias perceptuales Ideas de referencia/ansiedad social Suspiciacia	STA	1362; 15,6 (1,12)	Estudiantes adolescentes alemanes	AFE
DiDuca et al., 1999	5 Cognitivo Perceptual Anhedonia Social Impulsividad-Disconformidad Anhedonia Física	JSS (MSTQ)	492; 15,5 (1,75)	Estudiantes adolescentes ingleses	AFE-T
Martínez-Suárez et al., 1999	3 Positivo Negativo No conformidad Impulsiva	MSTQ (JSS)	721; 15,8	Estudiantes de bachillerato españoles	AFE-T
Reynolds et al., 2000	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	1201;23,3 (1,17)	Mauritanos	AFC
Venables et al., 2000	3 Positivo (desorganizado) Negativo Déficit Social	SS	330; 20,41 (5,89)	Estudiantes ingleses	AFC
Axelrod et al., 2001	3 Interpersonal Cognitivo-Perceptual Desorganización	SPQ-B	237; 15,8 (1,4)	Pacientes adolescentes psiquiátricos	AFE
Rawlings et al., 2001	4 Pensamiento Mágico Suspiciacia Paranoide y Aislamiento Experiencias Perceptivas Inusuales Ansiedad Social	STA	1073; 39,9 (16,8)	Adultos ingleses	AFE-T
Suhr et al., 2001	3 Positivo Negativo Desorganizado	SPQ MAS MIS	1336	Estudiantes universitarios estadounidenses	AFE
Suhr et al., 2001 (2)	3 Positivo Negativo Desorganizado Pensamiento Paranoide	SPQ MAS MIS	348	Estudiantes universitarios estadounidenses con alta esquizotipia	AFE
Rossi y Daneluzzo, 2002	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	347 5 submuestras control, italianos	Esquizofrénicos, bipolares, TOC, depresivos y grupo M= entre 25,4 y 43,4	AFC
Fossati et al., 2003	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	(1) 803; 21,93 (1,57) (2) 929; 16,43 (1,45)	(1) Universitarios (2) Estudiantes adolescentes italianos	AFE
Stefanis et al., 2004	4 Cognitivo-Perceptual Negativo Paranoide Desorganización	SPQ	1335; 20,3 (1,8)	Soldados de reemplazo griegos	AFC
Calkins et al., 2004	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	(1) 135; 46,5 (15,3) (2) 112; 34,6 (13,3)	(1) Familiares de psicóticos (2) Adultos estadounidenses	AFE
Linscott y Knight, 2004	4 Creencias Aberrantes Miedo Social y Paranoia Anhedonia (física y social) Procesamiento Aberrante de la Información	TPSQ	216; 20,2 (3,8)	Estudiantes universitarios neozelandeses	AFE-T

TABLA 1(CONTINUACIÓN)
PRINCIPALES INVESTIGACIONES SOBRE LOS ESTUDIOS
FACTORIALES DE LA ESQUIZOTIPIA, EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Referencia	Nº de Factores	Escalas	Muestra N; Media (DT)	Tipo y nacionalidad	Tipo de análisis
Cyhlarova et al., 2005	3 Experiencias Perceptuales Inusuales Ideaación Paranoide/Ansiedad Social Pensamiento Mágico	STA (children)	317; 13,3 (1,2)	Estudiantes adolescentes ingleses	AFE
Lewandowski et al., 2006	3 Esquizotipia Positiva Esquizotipia Negativa Afecto Negativo	PAS MIS PhARSoA BDI BAI	1258;19,4 (3,7)	Estudiantes universitarios americanos	AFC
Aycicegi et al., 2005	2 Positivo Negativo	SPQ-B	(1) 190; 20,3 (1,8) (2) 260; 18,7 (1,2)	(1) Universitarios turcos (2) Universitarios americanos	AFE
Mata et al., 2005	3 Interpersonal Desorganización Cognitivo-Perceptual	SPQ-B	477; 21,1/20,2 (4,6/4,3)	Universitarios españoles	AFE-T
Badcock et al., 2006	3 Cognitivo-Perceptual Déficit Interpersonales Desorganización	SPQ	352; 39,9 (10,9)	Adultos australianos	AFC
van Kampen, 2006	3 Esquizotipia Positiva Esquizotipia Negativa Esquizotipia Asocial	SSQ	771; 36,1 (10,3)	Adultos holandeses	AFE
Wuthrich et al., 2006 (1)	3 Cognitivo-Perceptual Interpersonal Desorganización	SPQ	558; 22,7 (6,4)	Universitarios australianos	AFC
Wuthrich et al., 2006 (2)	3 Cognitivo-Perceptual Interpersonal Desorganización	MIS PAS RoSA SPQ	277; 21,7(5,3)	Universitarios australianos	AFC
Mass et al., 2007	6 Negativo/Interpersonal Positivo/Cognitivo- Perceptual Esquizotipia Desorganizada Pensamiento Mágico Ansiedad Social Experiencias Psicóticas	ESI,PAS, SPQ,STA y SPI	159; 26,3 (5)	Estudiantes de secundaria y universitarios alemanes	AFE-O
Fonseca-Pedrero et al., 2007	4 Procesamiento Aberrante de la información Paranoia Social Anhedonia Creencias Aberrantes	TPSQ	321; 13,8 (1,3)	Adolescentes de secundaria españoles	AFE-T
Compton et al., 2007	3 Cognitivo-perceptual Interpersonal Desorganización	SPQ-B	118; 46,2 (12,2)	Familiares de primer grado y normales americanos	AFC

Nota: JSS: *Junior Schizotypy Scales*; CSTQ: *Combined Schizotypal Traits Questionnaire*; MIS: *Magical Ideation Scale*; PAS: *Perceptual Aberration Scale*; MSTQ: *Multidimensional Schizotypal Traits Questionnaire*; PhA: *Physical Anhedonia*; RSoA: *Revised Social Anhedonia*; SPQ: *Schizotypal Personality Questionnaire*; SPQ-B: *Schizotypal Personality Questionnaire Brief*; SS: *Schizotypal Scale*; STA: *Schizotypal Personality Scale*; STB: *Borderline Personality Scale*; SSQ: *Schizotypic Syndrome Questionnaire*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; O-LIFE: *Oxford-Liverpool Inventory of Feelings*. TSPQ: *Thinking and Perceptual Style Questionnaire*; ESI: *Eppendorf Schizophrenia Inventory*; SPI: *Schizotypal Personality Inventory*.

AFE: Análisis Factorial Confirmatorio; AFE-T: Análisis Factorial Exploratorio-Ortogonal; AFE- O: Análisis Factorial Exploratorio Oblícuo.

que los estudios factoriales realizados difieren claramente en la composición muestral (clínica, no clínica, cultura de origen y edad), el número de participantes, la cantidad y tipo de instrumentos de medida utilizados y los

análisis metodológicos, lo cual dificulta enormemente su comparación (Álvarez López y Andrés Pueyo, 2006; Stefanis, Smyrnis, Avramopoulos, Evdokimidis, Ntzoufras, y Stefanis, 2004).

Al igual que ocurre en la esquizofrenia parece no existir acuerdo en el número de dimensiones. Los estudios factoriales todavía no presentan un dibujo unificado respecto a la estructura que subyace a la esquizotipia. Se han propuesto dos (Aycicegi, Dinn, y Harris, 2005), tres (Compton, Chien, y Bollini, 2007; van Kampen, 2006; Wuthrich y Bates, 2006) cuatro (Mason y Claridge, 2006; Rawlings, Claridge, y Freeman, 2001; Stefanis et al., 2004), cinco (DiDuca y Joseph, 1999) o incluso seis (Mass et al., 2007) dimensiones. Dichos factores varían en función del sexo y la edad de los participantes (Mata et al., 2005).

La mayoría de los estudios presentan una solución tridimensional o tetradimensional en donde las dimensiones positiva (Cognitivo-Perceptual o Experiencias Perceptuales Inusuales) y negativa (Anhedonia, Anhedonia Introversa o Déficit Interpersonales) de la esquizotipia han sido ampliamente replicadas. El debate actual se centra en la inconsistente naturaleza de la tercera dimensión (Suhr y Spitznagel, 2001). En los modelos tridimensionales algunos autores proponen una dimensión de Desorganización (Cognitiva) (Fossati, Raine, Carretta, Leonardi, y Maffei, 2003), mientras que otros de No Conformidad Impulsiva/ Asocial (DiDuca y Joseph, 1999; Martínez-Suárez, Ferrando, Lemos, Inda Caro, Paino-Piñeiro, y López-Rodrigo, 1999; van Kampen, 2006). En el caso de los modelos tetradimensionales se propone un factor Positivo (Experiencias Inusuales), un factor Negativo (Anhedonia Introversa), un factor de Desorganización Cognitiva y un factor de No Conformidad Impulsiva (Mason y Claridge, 2006) o Paranoide (Stefanis et al., 2004; Suhr y Spitznagel, 2001). Habitualmente, el factor Paranoide suele ir unido a un factor de Ansiedad Social (Cyhlarova y Claridge, 2005; Wolfradt y Straube, 1998). La dimensión positiva, en ocasiones, se suele disgregar apareciendo un factor de Pensamiento Mágico o Creencias Aberrantes (Cyhlarova y Claridge, 2005; Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez, Muñiz, Lemos Giráldez, y García-Cueto, 2007; Linscott y Knight, 2004; Rawlings et al., 2001). La variedad de los factores encontrados dependen en gran medida del instrumento utilizado para medir el constructo. En la actualidad, existen diferentes estudios que han empleado de forma conjunta varios tipos de autoinformes de medición de los rasgos esquizotípicos, encontrándose la solución tridimensional (positiva, negativa y desorganización), con o sin modificaciones, como la más adecuada y estable (Chen, Hsiao, y Lin, 1997; Suhr y Spitznagel, 2001; Wuthrich y Bates, 2006).

La dimensión positiva de la esquizotipia, también conocida como Experiencias Perceptuales Inusuales/Anómalas o Cognitivo-Perceptual, se refiere a un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso normal. Recoge facetas del tipo de alucinaciones, ideación paranoide, ideas de referencia y trastornos del pensamiento. En cambio el factor Negativo, conocido como Anhedonia, Anhedonia Introversa o Déficit Interpersonales, se refiere a la disminución o déficit en la conducta normal de un sujeto. En él se encuadran facetas referidas a las dificultades para experimentar placer a nivel físico y social (anhedonia), afecto aplanado, la ausencia de confidentes íntimos y las dificultades en las relaciones interpersonales. La dimensión positiva se encuentra asociada a disfunciones temporo-límbicas, impulsividad, conducta antisocial (Dinn, Harris, Aycicegi, Greene, y Andover, 2002), y a síntomas de ansiedad y depresión, indicando un mayor riesgo a padecer problemas afectivos y trastornos psicóticos no afectivos (Lewandowski, Barrantes-Vidal, Nelson-Gray, Clancy, Kepley, y Kwapil, 2006). La dimensión negativa se encuentra asociada a déficit en las funciones frontales, ansiedad social y fenómenos obsesivo compulsivos (Dinn et al., 2002). Parece indicar un riesgo más específico a trastornos del espectro esquizofrénico (Lewandowski et al., 2006). Tanto la dimensión positiva como la dimensión negativa de la esquizotipia se han asociado con la vulnerabilidad genética a la esquizofrenia (Calkins, Curtis, Grove, y Iacono, 2004; Vollema, Sitskoorn, Appels, y Kahn, 2002). El factor Desorganización describe problemas del pensamiento, lenguaje extraño o inusual y conducta extraña. El factor No Conformidad Impulsiva valora aspectos relacionados con la rebeldía, la impulsividad y la extravagancia.

Como indica la Tabla 1, respecto a la relación de la esquizotipia y el tipo de muestra, existen estudios en niños y adolescentes (Cyhlarova y Claridge, 2005) y adultos (Badcock y Dragovic, 2006). Los participantes suelen ser estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (Fonseca-Pedrero et al., 2007) o universitarios (Lewandowski et al., 2006); aunque también existen estudios representativos con soldados de reemplazo (Stefanis et al., 2004), en parientes de primer grado de pacientes con esquizofrenia (Calkins et al., 2004; Compton et al., 2007) y en población psiquiátrica de otro tipo (Axelrod, Grilo, Sanislow, y McGlashan, 2001; Vollema y Hoijtink, 2000). El número de participantes oscila entre tamaños muestrales más bien reducidos (Mass et al., 2007) y estudios con una mayor representación (Suhr y Spitznagel, 2001).

La medida psicométrica más utilizada en los estudios factoriales es el *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) en sus dos versiones (Raine, 1991; Raine y Benishay, 1995). EL SPQ se ha utilizado en diferentes poblaciones, con diferentes características así como en conjunción con otras medidas de evaluación de la esquizotipia y con otros modelos estadísticos. Como indican Vollema y Hoijtink (2000), los datos en el SPQ parecen indicar una cierta convergencia hacia una estructura tripartita de la esquizotipia presentándose invariantes a través del sexo, la edad (Badcock y Dragovic, 2006; Fossati et al., 2003), la cultura (nacionalidad), la afiliación religiosa, la adversidad familiar, la psicopatología (Reynolds, Raine, Mellingen, Venables, y Mednick, 2000), la composición muestral y los modelos estadísticos (Vollema y Hoijtink, 2000).

Se constata una tendencia en la última década a realizar tanto análisis factoriales de tipo exploratorio como de tipo confirmatorio. Existe una clara equivalencia entre ambos tipos de análisis factoriales. De todos los estudios factoriales revisados, tan sólo existe un acercamiento desde el modelo multidimensional de Rasch (Vollema y Hoijtink, 2000) si bien existen otros aunque no con esta finalidad (Graves y Weinstein, 2004). No obstante, también se han realizado estudios utilizando el análisis de conglomerados (Barrantes-Vidal, Fañanás, Rosa, Caparrós, Riba, y Obiols, 2003).

Con respecto al estudio de la nacionalidad de los participantes en los estudios factoriales de la esquizotipia la revisión llevada a cabo indica la presencia de una amplia variedad de culturas. Existen estudios con participantes españoles (Fonseca-Pedrero et al., 2007), australianos (Wuthrich y Bates, 2006), americanos (Lewandowski et al., 2006), italianos (Fossati et al., 2003), alemanes (Wolfradt y Straube, 1998), asiáticos (Chen et al., 1997), griegos (Stefanis et al., 2004), neozelandeses (Linscott y Knight, 2004) e ingleses (Rawlings et al., 2001). La estructura de los rasgos esquizotípicos a través de las diferentes nacionalidades indica una cierta invarianza cultural, aportando un mayor peso en la validez transcultural del constructo.

Finalmente, como se ha mencionado más arriba, las dimensiones esquizotípicas varían en función del sexo y la edad de los participantes. En relación al sexo, las mujeres presentan mayores puntuaciones que los hombres en los llamados síntomas positivos (Cyhlarova y Claridge, 2005; Mason y Claridge, 2006; Mass et al., 2007; Mata et al., 2005; Rawlings et al., 2001; Venables y Bailes,

1994), así como en las puntuaciones totales de algunos autoinformes (Claridge et al., 1996; Rawlings et al., 2001) y Ansiedad Social (Badcock y Dragovic, 2006; Fossati et al., 2003; Mass et al., 2007). En cambio, los hombres tienden a puntuar más elevado que las mujeres en la llamada dimensión negativa de la esquizotipia (Claridge et al., 1996; Linscott y Knight, 2004; Mason y Claridge, 2006; Venables y Bailes, 1994; Wuthrich y Bates, 2006) y en las subescalas del SPQ afecto aplanado, conducta extraña y falta de amigos íntimos (Badcock y Dragovic, 2006; Wuthrich y Bates, 2006). En relación con la edad, los estudios factoriales llevados a cabo en adultos, indican que el factor Negativo (p.ej Anhedonia Introversiva) está correlacionado positivamente con la edad mientras que el factor Positivo lo está negativamente (Mason y Claridge, 2006; Mata et al., 2005; Rawlings et al., 2001). Cuando se compara grupos de sujetos en función de la edad, los participantes jóvenes tienden a puntuar más alto en las escalas y/o dimensiones de la esquizotipia con respecto los participantes de mayor edad (Chen et al., 1997; Fossati et al., 2003; Venables y Bailes, 1994). Los estudios factoriales en adolescentes señalan cierta tendencia hacia la dimensión ideación o pensamiento paranoide (Cyhlarova y Claridge, 2005; Rawlings y MacFarlane, 1994; Suhr y Spitznagel, 2001; Venables y Bailes, 1994), si bien hay que indicar que las dimensiones esquizotípicas en este grupo de edad pueden formar parte de los propios procesos del desarrollo madurativo (DiDuca y Joseph, 1999).

RECAPITULACIÓN

El estudio de las dimensiones de la personalidad es un tema clásico al mismo tiempo que relevante en el campo de la psicología. En la investigación de la esquizotipia existen actualmente escasas revisiones teóricas que intenten integrar la ingente investigación al respecto. El objetivo del presente trabajo consistió en llevar a cabo una exploración de los principales análisis factoriales de la esquizotipia. La finalidad no fue otra que analizar la estructura y la naturaleza de la esquizotipia, en cuanto al número y el contenido de los factores, de cara a una mejor delimitación y comprensión del constructo y el estudio de sus paralelismos con la psicosis esquizofrénica. La importancia de la esquizotipia reside en la detección de personas vulnerables a desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico, en el estudio de síntomas similares a la esquizofrenia sin los efectos secundarios de la medicación, y en la mejora de la comprensión acerca de los

mecanismos que subyacen en la esquizofrenia así como los nexos de unión entre ambas entidades.

La revisión de los análisis factoriales pone de manifiesto que la esquizotipia es un constructo multidimensional concretado básicamente en tres o cuatro factores fenotípicamente similares a las encontradas en la esquizofrenia. La dimensión Positiva (Experiencias Inusuales) y la dimensión Negativa (Anhedonia) aparecen a lo largo de la literatura de forma consistente. La tercera (o incluso cuarta) dimensión se concreta en un factor de Desorganización, de No Conformidad Impulsiva (Asocial) o Paranoide (unido en ocasiones a un factor de Ansiedad Social). En algunos estudios el factor Positivo de la esquizotipia se separa constituyendo un único factor denominado Pensamiento Mágico o Creencias Aberrantes. Las relaciones entre los factores encontrados son múltiples, variadas y confusas, utilizándose en ocasiones términos similares para definir diferentes dimensiones. La variedad de estudios realizados en la última década pone de manifiesto la riqueza de este campo, en donde parece dibujarse una cierta coherencia en la naturaleza y estructura de la esquizotipia aunque todavía no es unitaria. La principal limitación hallada a la hora de realizar comparaciones entre los estudios factoriales se encuentra en el tipo y la cantidad de instrumentos, en la naturaleza de la muestra y en el modelo estadístico utilizado.

El *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ), en su versión larga y reducida, es la medida de evaluación de la esquizotipia más utilizada en los estudios factoriales revisados. Las muestras utilizadas son básicamente estudiantes universitarios en donde las dimensiones de la esquizotipia se comportan de forma distinta en función del sexo y la edad. Del mismo modo que ocurre en la esquizofrenia, las mujeres tienden a puntuar más elevado que los hombres en la dimensión positiva, mientras que los varones lo hacen en la dimensión negativa.

Las posibles limitaciones que se han observado en la revisión se encuentran a nivel metodológico. En primer lugar, existe un escaso número de investigaciones con muestras seleccionadas aleatoriamente de la población. En segundo lugar, la mayoría de las investigaciones se centran en población normal, sobre estudiantes universitarios de cursos introductorios a la psicología. En tercer lugar, existe una reducida utilización de otros modelos o técnicas estadísticas más recientes, como la Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI). En cuarto lugar, y como se indicó previamente, los rasgos de la personalidad esquizotípica varían en función de ciertas características de

los participantes, existiendo escasos estudios que evalúen de forma sistemática el funcionamiento diferencial de los ítems (Guilera, Gómez, y Hidalgo, 2006).

La esquizotipia ha generado una línea de investigación propia en lo que concierne al estudio de su estructura, naturaleza y relaciones con otros constructos. Los estudios de la esquizotipia se podrían concretar en tres periodos. En un primer momento, se crearon escalas para evaluar rasgos semejantes a la esquizofrenia como las escalas del grupo de la Universidad de Wisconsin-Madison, antes mencionadas. Posteriormente, se han creado escalas de medición de la esquizotipia desde un punto de vista multidimensional y comprensivo de propensión a la psicosis, como el caso del *Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences* (O-LIFE) (Mason, Claridge, y Jackson, 1995). En un tercer momento, en el que nos hallamos, se están realizando análisis factoriales de tipo confirmatorio así como análisis factoriales empleando conjuntamente diferentes autoinformes que evalúan las dimensiones de la esquizotipia. También se están llevando a cabo estudios en unión con otras escalas que miden constructos relacionados con los rasgos esquizotípicos como las experiencias disociativas (Pope y Kwapil, 2000), el trastorno obsesivo compulsivo (Suhr, Spitznagel, y Gunstad, 2006), el Asperger (Hurst, Nelson-Gray, Mitchell, y Kwapil, 2006), o la sintomatología ansiosa-depresiva (Lewandowski et al., 2006).

En un futuro próximo, en el campo de la esquizotipia se deberían tener en cuenta dichas limitaciones metodológicas. La relación de la esquizotipia junto con otros constructos psicopatológicos (p.ej. trastorno obsesivo compulsivo) es interesante de cara a la práctica clínica y a los estudios de comorbilidad. La realización de estudios factoriales conjuntos empleando diferentes tipos instrumentos de evaluación de la esquizotipia parece también tener sentido de cara a la unificación del constructo. La globalización e internacionalización trae parejo el aumento del número de adaptaciones y traducciones de tests de unas culturas a otras. Es necesario realizar adaptaciones y traducciones rigurosas siguiendo las directrices de la *International Test Commission* (Muñiz y Hambleton, 1996). Los estudios en donde se compare la esquizotipia a través de las diferentes culturas revisten de gran relevancia de cara a una mejor comprensión de la naturaleza transcultural de la esquizotipia. Finalmente, los instrumentos de evaluación de la esquizotipia deberán mostrar su valor predictivo, sensibilidad y especificidad en estudios independientes de

cara a una detección e intervención temprana en personas con vulnerabilidad a desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Educación y Ciencia de España (BES-2006-12797, SEJ 2005-08924, SEJ-2005-08357), y por la Consejería de Educación del Principado de Asturias (IB-05-02, COF05-005).

REFERENCIAS

- Álvarez López, E., y Andrés Pueyo, A. (2006). Instrumentos de evaluación clínica de la personalidad esquizotípica. *Interpsiquis 2006*.
- Axelrod, S. R., Grilo, M. C., Sanislow, C., y McGlashan, T. H. (2001). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: Factor structure and convergent validity in inpatient adolescent. *Journal of Personality Disorders, 15*, 168-179.
- Aycicegi, A., Dinn, W. M., y Harris, C. L. (2005). Validation of Turkish and English versions of the Schizotypal Personality Questionnaire-B. *European Journal of Psychological Assessment, 21*, 34-43.
- Badcock, J. C., y Dragovic, M. (2006). Schizotypal personality in mature adults. *Personality and Individual Differences, 40*, 77-85.
- Barrantes-Vidal, N., Fañanás, L., Rosa, A., Caparrós, B., Riba, M. D., y Obiols, J. E. (2003). Neurocognitive, behavioral and neurodevelopmental correlates of schizotypy clusters in adolescents from the general population. *Schizophrenia Research, 61*, 293-302.
- Calkins, M. E., Curtis, C. E., Grove, W. M., y Iacono, W. G. (2004). Multiple dimensions of schizotypy in first degree biological relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 317-325.
- Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., Bentall, R., Boyle, G., Slade, P., y Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 103-115.
- Compton, M. T., Chien, V. H., y Bollini, A. (2007). Psychometric properties of the Brief version of the Schizotypal Personality Questionnaire in relatives with schizophrenia-spectrum disorders and non-psychotic control. *Schizophrenia Research, 91*, 122-131.
- Cyhlarova, E., y Claridge, G. (2005). Development of a version of the Schizotypy Traits Questionnaire (STA) for screening children. *Schizophrenia Research, 80*, 253-261.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., y Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 374-382.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., Raulin, M. L., y Eckblad, M. (1994). Putatively Psychosis-prone Subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 399-407.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Rawlin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 399-407.
- Chapman, L. J., Edell, E. W., y Chapman, J. P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin, 6*, 639-653.
- Chen, W. J., Hsiao, C. K., y Lin, C. C. H. (1997). Schizotypy in community samples: The three-factor structure and correlation with sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 649-654.
- DiDuca, D., y Joseph, S. (1999). Assessing schizotypal traits in 13-18 year olds: Revising the JSS. *Personality and Individual Differences, 27*, 673-682.
- Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P., y Andover, M. S. (2002). Positive and negative schizotypy in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Schizophrenia Research, 56*, 171-185.
- Eckblad, M., y Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 215-225.
- Eckblad, M., Chapman, L. J., Chapman, J. P., y Mishlove, M. (1982). The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished manuscript, University of Wisconsin - Madison.
- Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A., Muñiz, J., Lemos Giráldez, S., y García-Cueto, E. (2007). Adaptación española del Thinking and Perceptual Style Questionnaire. Libro de Actas del X Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y del Comportamiento. Barcelona.
- Fossati, A., Raine, A., Carretta, I., Leonardi, B., y Maffei, C. (2003). The three-factor model of schizotypal personality: Invariance across age and gender. *Personality and Individual Differences, 35*, 1007-1019.
- Gooding, D. C., Kathleen, A. T., y Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: Further validation of the psychometric high-risk strate-

- gy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 170-175.
- Graves, R. E., y Weinstein, S. (2004). A Rasch Analysis of three of the Wisconsin Scales of Psychosis Proneness: Measurement of schizotypy. *Journal of Applied Measurement*, 5, 160-171.
- Guilera, G., Gómez, J., e Hidalgo, M. D. (2006). Funcionamiento diferencial de los ítems: Un análisis bibliométrico de las revistas editadas en español. *Psicothema*, 18, 841-847.
- Heron, J., Jones, I., Williams, J., Owen, M. J., Craddock, N., y Jones, L. A. (2003). Self-reported schizotypy and bipolar disorder: Demonstration of a lack of specificity of the Kings Schizotypy Questionnaire. *Schizophrenia Research*, 65, 153-158.
- Hurst, R. M., Nelson-Gray, R. O., Mitchell, J. T., y Kwapil, T. R. (2006). The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a Non-clinical Adult Sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Dec 6.
- John, J. P., Khanna, S., Thennarasu, K., y Reddy, S. (2003). Exploration of dimensions of psychopathology in neuroleptic-naive patients with recent-onset schizophrenia/schizophreniform disorder. *Psychiatry Research*, 121, 11-20.
- Johns, L. C., y van Os, J. (2001). The continuity psychotic experiences in the general population *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Kwapil, T. R., Miller, M. B., Zinser, M. C., Chapman, J. P., y Chapman, L. J. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: A partial replication study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 491-495.
- Lemos Giráldez, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J. A., García, P., Gutiérrez, A., García, A., Bobes, J., y Miller, T. J. (2006). Validez predictiva de la escala de síntomas prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-233.
- Lenzenweger, M. F. (1994). Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 121-135.
- Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O., y Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, 83, 225-235.
- Lindenmayer, J. P., Brown, E., Baker, R. W., Schuh, L. M., Shao, L., Tohen, M., Ahmed, S., y Stauffer, V. L. (2004). An excitement subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Schizophrenia Research*, 68, 331-337.
- Linscott, R. J., y Knight, R. G. (2004). Potentiated automatic memory in schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 37, 1503-1517.
- Martinena Palacio, P., Blas Navarro, J., Medina, C., Baños Yeste, I., Sabañés, A., Vicens Vilanova, J., et al. (2006). Esquizotipia y memoria verbal en la población general adolescente. *Psicothema*, 18, 439-446.
- Martínez-Suárez, P. C., Ferrando, P. J., Lemos, S., Inda Caro, M., Paino-Piñero, M., y López-Rodrigo, A. M. (1999). Naturaleza y estructura del constructo esquizotipia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 615-637.
- Mason, O., y Claridge, G. (2006). The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms. *Schizophrenia Research*, 82, 203-211.
- Mason, O., Claridge, G., y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- Mass, R., Girndt, K., Matouschek, A.-K., Peter, P. M., Plitzko, N., Andresen, B., Haasen, C., y Dahme, B. (2007). Introducing the Eppendorf Schizophrenia Inventory (ESI) as a psychometric method for schizotypy research. *Personality and Individual Differences*, 42, 525-534.
- Mata, I., Mataix-Cols, D., y Peralta, V. (2005). Schizotypal Personality Questionnaire-Brief: Factor structure and influence of sex and age in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 38, 1183-1192.
- McGlashan, T. H., y Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-222.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Muntaner, C., García-Sevilla, L., Fernández, A., y Torrubia, R. (1988). Personality dimensions, schizotypal and borderline traits and psychosis proneness. *Personality and Individual Differences*, 9, 257-268.
- Muñoz, J., y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Pope, C. A., y Kwapil, T. R. (2000). Dissociative experiences in hypothetically psychosis-prone college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 530-536.

- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.
- Raine, A., y Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Rawlings, D., Claridge, G., y Freeman, J. L. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences*, 31, 409-419.
- Rawlings, D., y MacFarlane, C. (1994). A multidimensional schizotypal traits questionnaire for young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 17, 489-496.
- Reynolds, C. A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P. H., y Mednick, S. A. (2000). Three-factor model of schizotypal personality: Invariance across culture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 603-618.
- Stefanis, N. C., Smyrnis, N., Avramopoulos, D., Evdokimidis, I., Ntzoufras, I., y Stefanis, C. N. (2004). Factorial composition of self-rated schizotypal traits among young males undergoing military training. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 335-350.
- Suhr, J. A., y Spitznagel, M. B. (2001). Factor versus cluster models of schizotypal traits. I: A comparison of unselected and highly schizotypal samples. *Schizophrenia Research*, 52, 231-239.
- Suhr, J. A., Spitznagel, M. B., y Gunstad, J. (2006). An Obsessive-Compulsive subtype of Schizotypy: Evidence from a nonclinical sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 884-886.
- Vallina, O., Lemos Giráldez, S., y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24, 185-221.
- van Kampen, D. (2006). The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms. *Schizophrenia Research*, 84, 305-322.
- Venables, P. H., y Bailes, K. (1994). The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 277-294.
- Venables, P. H., y Rector, N. A. (2000). The content and structure of schizotypy: A study using confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 587-602.
- Verdoux, H., y Van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.
- Vollema, M. G., y Hoijtink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population: An analysis using multidimensional Rasch models. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 565-575.
- Vollema, M. G., Sitskoorn, M. M., Appels, M. C. M., y Kahn, R. S. (2002). Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological-genetic vulnerability to schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 54, 39-45.
- Wolfradt, U., y Straube, E. R. (1998). Factor structure of schizotypal traits among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 201-206.
- Wuthrich, V., y Bates, T. C. (2006). Confirmatory factor analysis of the three-factor structure of the schizotypal personality questionnaire and Chapman schizotypy scales. *Journal of Personality Assessment*, 87, 292-304.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía*. Madrid: Biblioteca Nueva.

LAS INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA FASE INICIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

MOTIVATIONAL INTERVENTION IN THE INITIAL PHASE OF SCHIZOPHRENIA

Carol Palma Sevillano*, Núria Farriols Hernando**, Jordi Cebrià Andreu** y Jordi Segura Bernal**

*Centre de Salut Mental de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme). **Universitat Ramon Llull

Son muchos los estudios que en los últimos quince años han demostrado la efectividad de los programas de intervención precoz en la esquizofrenia y su impacto sobre el pronóstico de la enfermedad. De hecho, la intervención preventiva en la fase prodrómica y posterior al primer episodio se ha convertido en una de las líneas principales de investigación y de aplicación clínica para el abordaje de la esquizofrenia. Durante la fase inicial de la esquizofrenia, quedan paralizadas muchas áreas de actividad y relacionales a las cuales el paciente deberá enfrentarse durante la fase de recuperación. Su grado de motivación en esta fase será de vital importancia para el tratamiento. En el presente trabajo se presenta una revisión y algunas consideraciones a cerca de las intervenciones motivacionales en la esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, fase inicial, intervención precoz, intervención motivacional

Many studies have shown the effectiveness of early intervention programs for schizophrenia and its impact on illness outcome. In fact, the preventive intervention in the prodromical period and after the first episode of psychosis has become the main way for the research and clinical procedures for schizophrenia treatments. During the initial phase of schizophrenia, many activity and relational areas are affected. Patient motivation could be very important to face de treatment during this period. So, the current article presents a literature revision and some considerations about the motivational interventions in the schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, initial phase, early intervention, motivational intervention

FASES TEMPRANAS DE LA ESQUIZOFRENIA: PRIMEROS EPISODIOS

Durante la década de los 90 se produjo un optimismo creciente respecto al pronóstico de los trastornos esquizofrénicos. Buena parte de este optimismo se debió a la aparición de los fármacos neurolépticos de segunda generación que presentaron ventajas a nivel de eficacia y en la reducción de los efectos secundarios. Complementariamente, la otra razón que promovió este optimismo fue el progresivo convencimiento de que, una atención especial en las fases tempranas de la psicosis, podía reducir sustancialmente la morbilidad, influir en el pronóstico, aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus familias así como obtener altos niveles de mejoría clínica.

En este trabajo las publicaciones realizadas de ensayos clínicos controlados en los últimos diez años sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales en la esquizofrenia han confirmado plenamente que los tratamientos psicológicos eficaces combinados con los neurolépticos tienen un impacto alto sobre la enfermedad (Perona, Cuevas, Vallina y Lemos, 2003).

De aquí que los programas de intervención precoz que se han puesto en marcha en la actualidad apuesten por las psicoterapias integradas por intervenciones que han demostrado su eficacia en pacientes con esquizofrenia.

EL IMPACTO EMOCIONAL DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO Y CONSIDERACIONES DE LAS INTERVENCIONES

Las experiencias psicopatológicas del primer episodio y la fase inicial pueden tener un impacto sobre la persona realmente perturbador y duradero (McGorry *et al.*, 1991). Ciertamente, la persona que sufre un primer episodio suele ser más sensible a los tratamientos que en los episodios siguientes y en fases posteriores, pero a su vez las recaídas también son más frecuentes durante los cinco primeros años (el llamado *período crítico*) (Birchwood *et al.*, 1998). Podemos decir que este período nos permite un terreno de actuación muy fértil para la intervención pero, a su vez, sumamente complejo debido a la cantidad de variables que se barajan durante la eclosión del primer episodio (McGorry, 2005).

La terapia cognitivo-conductual estándar centra el núcleo de su intervención en las creencias delirantes, las creencias sobre las voces y en las autovaloraciones negativas; abordando de una manera más colateral las

Correspondencia: Carol Palma Sevillano. Centre de Salut Mental de Mataró. C/ Sant Pelegrí, nº 3, 2ª planta. 08301 Mataró. Barcelona. España. E-mail: carolinaps@blanquerna.url.es

experiencias subjetivas de la enfermedad y el afrontamiento emocional del paciente tanto a sus propias dificultades, como a la adaptación que hace hacia el uso de las nuevas herramientas que el terapeuta le ofrece para dicho afrontamiento.

Desde esta orientación y desde la revisión de la efectividad de las intervenciones en pacientes que sufren psicosis se pone de manifiesto una nueva necesidad: la intervención combinada que es imprescindible para el correcto abordaje pero no resulta del todo completa.

En este proceso de la fase inicial, se produce una ruptura brusca con todo aquello que conformaba el autoconcepto de la persona, aumentando la confusión, afectando a los niveles de autoestima y favoreciendo la desintegración progresiva de la propia identidad (Ridway, 2001; Birchwood *et al.*, 1992).

Es en este momento cuando el paciente se da cuenta de que todo aquello que lo definía como persona única e individual, está en pleno proceso de cambio. Sin duda, las múltiples y progresivas pérdidas que experimenta ponen en tela de juicio su funcionamiento global (Harrop y Trower, 2001).

Suponemos que el proceso de adaptación a dichos cambios podría formar parte de un proceso de duelo, que tendrá como finalidad la reconstrucción de la propia identidad a partir de la integración o asimilación de todas y cada una de estas pérdidas (Palma, Ferrer, Fariols y Cebrià, 2006).

La vivencia del paciente habitualmente es de "paralización"; las áreas de funcionamiento global han quedado bloqueadas por la eclosión del primer episodio, muchas veces progresivamente deterioradas durante la fase prodrómica. Las dificultades propias de la enfermedad, que la persona remolca durante toda la fase de recuperación, van a disminuir sustancialmente el funcionamiento del paciente a nivel laboral, social, familiar, afectivo y lúdico.

De este modo pensamos que las vías de malestar emocional no se centran únicamente en los cuadros prodrómicos o síntomas depresivos post-psicóticos, ni en la afectación secundaria a la sintomatología de la esquizofrenia. Tras la eclosión de un primer episodio psicótico de espectro esquizofrénico, la persona va a experimentar una serie de procesos complejos donde la gestión emocional y la motivación van a configurar el pilar del afrontamiento de la persona.

Cabe tener en cuenta que lo habitual es que la enfermedad eclosiona entre la adolescencia y los primeros años de la vida adulta; rango de edad en que la identi-

dad personal se está consolidando (Ridway, 2001). Y es aquí donde situamos una de las dificultades más complejas y arduas que la persona tendrá que afrontar.

LO AFECTIVO Y LA MOTIVACIÓN: DOS ELEMENTOS CLAVE EN EL TRATAMIENTO

Por tanto, durante este período se hacen evidentes una serie de necesidades emocionales que no son contempladas desde los tratamientos de terapia cognitivo-conductual (TCC) descritos. Desde una perspectiva integrativa el componente emocional debe ser entendido como un heurístico, un constructo global que integra aspectos tanto biológicos como psicológicos y psicosociales del individuo. El enfoque centrado en la persona subraya el valor de la experiencia personal, la capacidad de vivir plena y conscientemente los acontecimientos vitales, la actitud de conocer y valorar ese ser que un "realmente es", en palabras de Rogers (1961), que implica la actitud de estar abierto a la complejidad de uno mismo, a aceptarse y a aceptar a los demás. Es, además, una actitud esperanzada y abierta al cambio, pues la experiencia no es estática. Y el aspecto emocional es el entramado fundamental de esa experiencia.

Obviamente el tratamiento emocional y el acompañamiento están en la base, y entran en juego en la intervención motivacional. La motivación del paciente para poner en marcha sus propios mecanismos de cambio es un requisito imprescindible para el proceso terapéutico, pero, precisamente en un contexto donde se ha producido una ruptura y un bloqueo de las áreas de funcionamiento global de la persona, se hace difícil encontrar motivaciones para el cambio. Y es aquí donde residen las principales dificultades del ejercicio terapéutico con pacientes que sufren esquizofrenia.

A pesar de esta complejidad, desde mitades de la década de los 90, algunos investigadores han iniciado estudios y ensayos donde se han integrado intervenciones motivacionales en los tratamientos para la esquizofrenia (no necesariamente en primeros episodios). A continuación se exponen algunos de los principales resultados de este tipo de intervenciones.

La mayoría de trabajos intentan evidenciar la efectividad de las intervenciones motivacionales o integradas sobre la adherencia al tratamiento de las personas que padecen un trastorno psicótico (Coffey, 1999; Gray, Robson y Bressington, 2002; Hayward, Chan, Kemp y Youle, 1995; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998; Randall *et al.*, 2002; Rusch y Corrigan, 2002;

Swanson, Pantalon y Cohen, 1999; Walitzer, Dermen y Connors, 1999; Zygmunt, Olfson, Boyer y Mechanic, 2002) o el tratamiento del abuso de sustancias (Baker *et al.*, 2002a; Baker *et al.*, 2002b; Barrowclough *et al.*, 2001; Bellack y Diclemente, 1999; Brown *et al.*, 2003; Etter, Mohr, Garin y Etter, 2004; Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo y Tonigan, 2003; Haddock *et al.*, 2003; Kavanagh *et al.*, 2004; Martino, Carroll, O'Malley y Rounsaville, 2000; Martino, Carroll, Kostas, Perkins y Rounsaville, 2002; Pantalon y Swanson, 2003; Steinberg, Ziedonis, Krejci y Brandon, 2004; Tsuang *et al.*, 2004; Van Horn y Bux, 2001; Zhang, Harmon, Werkner y McCormick, 2004).

La principal dificultad para evaluar resultados es la heterogeneidad de lo que algunos autores entienden por intervención motivacional. Se trata de una línea poco estudiada en la que podemos encontrar directrices, sobretudo en los trabajos pioneros como el de Miller y Rollnick (1991), pero no manuales de intervención motivacional en los trastornos psicóticos. Esta falta de manualización en este tipo de intervención hace que se haga difícil en la actualidad extraer conclusiones firmes de las revisiones.

Para el presente manuscrito se seleccionaron los trece trabajos con criterios de *buena calidad*, donde se describan los aspectos metodológicos de selección, asignación aleatoria o los métodos de enmascaramiento o pérdidas (Jadad, 1998). La finalidad es observar sus resultados y enfocar una aproximación a las principales conclusiones de los estudios (ver tabla 1).

En general, se observan mejores resultados en función de los objetivos propuestos en el 90% de los estudios que comparan una intervención motivacional con otra modalidad terapéutica. No obstante, dicha diferencia en la mejoría sólo resultó estadísticamente significativa en el 55% de los estudios.

A nivel de resultados clínicos, algunos estudios avalan su efectividad en la mejora del nivel de *insight*, así como la actitud hacia la medicación, la vinculación a los servicios, la mejoría clínica a nivel sintomatológico y de funcionamiento global, el consumo de sustancias y las recaídas.

Por otro lado, sería de gran utilidad considerar de nuevo la conceptualización del término de manera más consensuada para evitar confusiones en la interpretación del tipo de intervención llevada a cabo por los estudios. Desde este punto de partida, se hace necesario realizar más estudios en esta línea para extraer conclusiones más consistentes.

EL CONCEPTO DE INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

A continuación se concretará el contenido de las intervenciones motivacionales. Algunos estudios entienden la intervención motivacional como un conjunto de estrategias integradas en un estilo (a su vez entrelazadas) en intervenciones específicas como el entrenamiento en habilidades sociales o la terapia de resolución de problemas (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998; Swanson, Pantalon y Cohen, 1999; Bellack y Diclemente, 1999; Barrowclough *et al.*, 2001; Haddock *et al.*, 2003; Tsuang *et al.*, 2004). Otros estudios parten de una visión más específica en la que entienden la intervención motivacional como un modelo concreto (y no sólo un estilo de intervención) (Baker *et al.*, 2002; Graeber, 2003; Brown *et al.*, 2003; Steinberg, Ziedonis, Krejci y Brandon, 2004).

ALGUNAS PREMISAS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Coincidiendo con el primer punto de vista citado pensamos que la base del clima en la relación terapeuta-paciente se genera, en gran medida, asentándose en el estilo del profesional que la lleva a cabo. Tanto es así que los pioneros de la entrevista motivacional lo han descrito como *el espíritu motivacional* (Rollnick *et al.*, 1995) para referirse a ese modo de relacionarse con el paciente. Sobre estas bases, podríamos definir la intervención motivacional en los siguientes cuatro principios (ver tabla 2).

Por tanto, la tarea del profesional se centra en identificar los valores intrínsecos que estimulan al cambio del paciente, facilitar la expresión verbal de la ambivalencia, utilizar estrategias para provocar la ambivalencia, clarificarla y resolverla en un marco de respeto y aceptación incondicional y promover la elección libre y autónoma del paciente respecto a su comportamiento (Cebrià y Bosch, 1999,2000).

Los cambios psicoterapéuticos se nutren de una relación empática y auténtica con el profesional y la motivación para estos cambios la desarrolla el paciente; el profesional respeta la autonomía de la persona y su libertad de elección (Palma, Cebrià, Farriols, Cañete y Muñoz, 2005).

Fundamentalmente se hace nuclear la creencia del terapeuta en los recursos propios del paciente y en su autonomía para experimentar, dirigir y gestionar el propio proceso de recuperación y de adaptación.

El terapeuta, durante su intervención, busca que la persona se posicione y vaya acumulando razones para poner en marcha actitudes o comportamientos más

TABLA 1
RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN
EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Estudios	N	Grupos de comparación	Principales resultados
(Hayward <i>et al.</i> , 1995)	25	- Terapia para el cumplimiento farmacológico (EM). - Grupo control.	Se observan cambios en la actitud hacia la medicación y mejoría en el nivel de <i>insight</i> . Sin embargo en la comparación con el grupo control la mejoría no tiene significación estadística.
(Kemp, Kirov, Everitt, Hayward y David, 1998)	74	- Terapia de cumplimiento farmacológico (estrategias de entrevista motivacional). - <i>Counselling</i> .	Para el grupo que realiza terapia de cumplimiento se observa una mejoría en la actitud hacia la medicación, un mayor cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y un mejor nivel de <i>insight</i> .
(Swanson <i>et al.</i> , 1999)	121	- Tratamiento estándar (farmacológico, psicoterapia individual y grupal, actividades de ocio). - Tratamiento estándar más intervención motivacional.	La proporción de pacientes que se vincularon a los servicios durante el seguimiento fue mayor en el grupo que realizó EM ($p<0,01$). Del mismo modo pasó en los pacientes con diagnóstico dual (un 42% del grupo que recibió EM respecto al 16% de grupo de tratamiento estándar; $p<0,01$).
(Barrowclough <i>et al.</i> , 2001)	36	- Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	Mejoría estadísticamente significativa en el primer grupo a nivel de funcionamiento global a los 12 meses de intervención ($p=0,001$). La mejoría en la sintomatología positiva también es significativa en el primer grupo respecto al segundo a los 12 meses ($p=0,01$), al igual que la negativa ($p<0,02$). Se observan también diferencias en las tasas de recaídas a favor del primer grupo ($p<0,05$).
(Baker <i>et al.</i> , 2002a y b)	160	- Intervención motivacional ($n=79$). - Tratamiento estándar ($n=81$).	No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a nivel de la reducción del consumo de sustancias ni de la adherencia al tratamiento.
(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	- Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	Mejoría estadísticamente significativa en el primer grupo a nivel de funcionamiento global a los 12 meses. No se observan estas diferencias en la reducción de las necesidades de los cuidadores ni en los costes sanitarios de ambos grupos.
(Graeber <i>et al.</i> , 2003)	30	- Intervención psicoeducativa. - Intervención motivacional.	Se observan diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abstinencia a favor del grupo que recibe la intervención motivacional.
(Brown <i>et al.</i> , 2003)	191	- Intervención motivacional. - Consejo breve.	La intervención motivacional resultó más efectiva que el consejo breve para la abstinencia del tabaquismo en personas con esquizofrenia. Fue más efectiva en adolescentes tuvieran, o no, intención de cambiar el hábito. Sin embargo no fue efectivo en adolescentes con historia previa de intentos de dejarlo.
(O'Donell <i>et al.</i> , 2003)	94	- Terapia motivacional para la adherencia. - <i>Counselling</i> .	Tras un año después de la intervención, el cumplimiento terapéutico no difirió entre el grupo de intervención y el control. No se encontraron diferencias en la mejora sintomática ni en la calidad de vida.
(Steingberg <i>et al.</i> , 2004)	78	- Intervención motivacional. - <i>Counselling</i> . - Consejo breve.	Se observa una mayor proporción de personas del primer grupo que deja de fumar (32%) respecto al grupo de <i>counselling</i> (11%) y el de consejo breve (0%) en una única sesión.
(Kavanagh <i>et al.</i> , 2004)	25	- Intervención motivacional. - Tratamiento estándar.	Todos los participantes del primer grupo dejaron de consumir tras 6 meses de terapia comparado con el 58% que abandonaron el consumo del grupo control. Los cambios se mantienen a los 12 meses de seguimiento.
(Haddock <i>et al.</i> , 2003)	36	- Intervención motivacional + terapia cognitivo conductual + intervención familiar + tratamiento estándar. - Tratamiento estándar.	El primer grupo mostró un mantenimiento de la mejora en funcionamiento global y en síntomas negativos a los 18 meses de intervención. Sin embargo estas diferencias no fueron destacadas en recaídas ni en número de días de abstinencia (aunque las tasas fueron más bajas).
(Bellack, Bennett, Gearon, Brown y Yang, 2006)	129	- Intervención motivacional + entrenamiento en habilidades sociales. - Grupo control (terapia de soporte).	Los resultados muestran efectos significativos en el primer grupo en el post-tratamiento a los 6 meses en las medidas de manejo de recursos comunitarios, rehospitalizaciones y calidad de vida.

funcionales, aumentando su compromiso y determinación; de este modo podrá resistir el sufrimiento psicológico que comporta todo cambio (Cebrià y Bosch, 2000). Esta idea parte también de uno de los principios de la terapia cognitiva y es que si una persona tiene una creencia equivocada sobre la realidad es porque ha acumulado suficientes razones presentes y contextuales para hacerlo; de tal modo que si no encuentra una alternativa válida a sus creencias, difícilmente desarrollará mecanismos para cambiarla (Sassaroli y Lorenzini, 2004).

La intervención motivacional se sustenta en algunos principios teóricos descritos por Miller y Rollnick (1991) sobre los cuales se articularán las técnicas pertinentes.

✓ *La expresión de la empatía:* la empatía por definición es una habilidad adquirida que tiene que ver con “el ponerse en el lugar del otro”. En el marco de la relación con el paciente, además de comprender con aceptación incondicional lo que el otro expresa, el profesional debe ser capaz de transmitir mediante facilitadores verbales o no verbales que se capta y se contiene la emoción presentada.

✓ *Ayudar a desarrollar discrepancia:* el profesional intenta que el paciente identifique y verbalice el conflicto o ambivalencia de la conducta que mantiene y la que le gustaría desarrollar: “*ya me gustaría ir a la autoescuela, aunque sean tres días a la semana... pero cuando llega el momento...*”.

El objetivo del profesional es aumentar el nivel de conflicto para facilitar que el paciente exprese emociones que generan incomodidad (de manera verbal o no verbal).

La incomodidad de algunas emociones que se repiten en diferentes situaciones que el paciente aporta son el principal motor de cambio. En este sentido el terapeuta tiene que estar atento a éstas para facilitar la expresión, ya que expresión verbal que una incomodidad en nuestras propias palabras es uno de las principales motivaciones para un cambio de posición (el autoconvencimiento auditivo).

✓ *Evitar argumentaciones:* los consejos y recomendaciones psicoeducativas despiertan *rechazo* (reactancia psicológica) (Bosch y Cebrià, 1999). La persuasión no es una buena herramienta para convencer a alguien sobre la utilidad de un cambio; sólo estimulan resistencias. El paciente puede sentir que su capacidad de elección está dirigida por una autoridad.

✓ *Trabajar las resistencias:* la mejor herramienta para trabajar las resistencias es evitar que aparezcan, aunque algunas veces emergen sin que el clínico

haya intervenido de manera inapropiada. Las resistencias forman parte de cualquier proceso natural de cambio pero es interesante tener estrategias para manejarlas. Algunas de estas son:

a) *Empatía:* La principal estrategia de manejo de resistencias es la expresión verbal y no verbal de empatía.

b) *Paradoja:* muchas veces las resistencias aparecen como una reacción natural de reactancia psicológica. La técnica de la paradoja utiliza esta reactancia a la inversa, a favor del “no cambio” con el objetivo de que la persona reaccione en contraposición buscando activamente el cambio por sí mismo.

c) *La exploración de creencias:* la mayoría de veces las resistencias están adheridas al sistema de creencias de las personas. Es muy difícil promover un cambio si éste muestra incongruencias con el propio sistema de creencias. Por este motivo ante las resistencias suele resultar de utilidad explorar dicho sistema, preguntar al paciente que opina sobre determinadas cosas y señalar, si se considera necesario, cualquier distorsión que este manteniendo los constructos. El objetivo es desactivar aquellas creencias que bloquean los procesos de cambio y dificultan el trabajo terapéutico. Para ello puede resultar útil *la reconversión de ideas*.

d) *La reconducción por objetivos:* se trata de una estrategia que puede ser utilizada cuando el paciente evita algunos temas y da rodeos constantemente bloqueando los procesos de comunicación. Siempre que el clínico considere oportuno intervenir directamente sobre el síntoma, puede utilizar esta estrategia para afrontar la resistencia.

TABLA 2
ELEMENTOS PRINCIPALES DE LA
INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

- Es un estilo de intervención centrado en el paciente.
- El terapeuta decide qué elementos son los que debe reflejar del discurso del paciente.
- La relación terapéutica es de colaboración entre expertos (profesional-paciente) no de experto a paciente.
- La intención es promover cambios de comportamiento a través de frases de compromiso que va elaborando el paciente.
- El método es ayudar a la persona a explorar y resolver la propia ambivalencia (Miller y Rollnick, 1991).
- Se basa en el modelo transteórico de las etapas del cambio (Prochaska y Diclemente, 1992).

- e) *Doble pacto*: es una estrategia de negociación con el paciente que puede ser utilizada en caso que la resistencia esté activada por una necesidad del paciente vinculada al proceso de cambio.
- f) *Explorar valores*: se trata de preguntar a cerca de las cosas que son importantes para la persona y de qué manera influyen en su estado actual.
- g) *Decisión balanceada*: el objetivo de esta estrategia es que el paciente realice un balance sobre aquellos aspectos positivos y negativos que le comportan la conducta objetivo. Es recomendable empezar preguntando por los aspectos positivos para finalizar por los que le están conllevando alguna dificultad (focalizado en la conducta).
- ✓ *Fomentar y reforzar la sensación de autoeficacia*. El principal motor de cambio viene determinado por tres elementos principales: la autoestima, *locus* de control interno y la creencia de que se puede cambiar. El papel del terapeuta aquí es fomentar la sensación de **capacidad** reforzando cuidadosamente todas las habilidades de la persona que denoten control sobre los comportamientos. El paciente tiene que experimentar pequeñas sensaciones de éxito en el marco de la relación terapéutica para nutrir la autoestima y potenciar la autoeficacia en las conductas que se proponga poner en marcha. El paciente conecta con sus motivaciones más profundas y potentes. A nivel psicofisiológico refuerza las conexiones fronto-límbicas.

En base a estos principios paciente y terapeuta, en su relación de experto a experto, iniciarán su viaje por los distintos estadios de cambio que nos presenta el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992): estadio precontemplativo, contemplativo, determinación, cambio activo, mantenimiento y recaída. No obstante, las estrategias motivacionales descritas por los pioneros Miller y Rollnick en 1991 han de ser adaptadas al paciente que tenemos delante. En el caso de los pacientes que sufren esquizofrenia nos encontramos con ciertas dificultades habituales que tenemos que tener presentes como por ejemplo el deterioro cognitivo, las dificultades en el procesamiento de la información, los déficits en la percepción o interpretación de los estímulos afectivos, los trastornos del pensamiento o la conciencia de enfermedad.

En este contexto, las estrategias motivacionales deberían adaptarse a las dificultades implícitas de la comunicación con el paciente esquizofrénico de una manera concreta (Palma *et al.*, 2005).

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES MOTIVACIONALES EN LA FASE INICIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

Vistos los resultados citados de los estudios seleccionados de intervenciones motivacionales en los cuales un 90% obtienen mejores resultados que los grupos controles o de comparación, el 55% de los cuales son estadísticamente significativos, podríamos deducir que es una intervención efectiva para ayudar al cambio de conductas de los pacientes que sufren esquizofrenia.

Además, teniendo presente que la mayoría de éstos se han realizado con pacientes esquizofrénicos de fases avanzadas, podríamos intuir que con primeros episodios los resultados de la intervención motivacional podrían ser más sensibles dado que están menos presentes los elementos de deterioro, recaídas, tratamientos farmacológicos etc.

En efecto, pensamos que esta fase de la enfermedad es un momento idóneo para el uso de este tipo de intervención. Pero no podemos obviar algunos aspectos que la van a dificultar y hemos de tener presentes para poder hacer uso de ésta de una manera integrada, adecuada y focalizada. El estilo motivacional actúa de telón de fondo, pero ¿podemos utilizar las herramientas para trabajar todo y en todo momento?. La respuesta es negativa; la experiencia que tenemos es que los pacientes esquizofrénicos durante la fase inicial no tienen, generalmente, tantas dificultades como una persona con una evolución de muchos años, pero presentan dificultades que obstaculizan habilidades necesarias e imprescindibles para el uso de estrategias motivacionales. La principal de éstas y la más habitual en pacientes que se recuperan tras su primer episodio (fuera ya del ámbito hospitalario) es la dificultad de introspección. Esto va a reducir en gran medida el campo de actuación si no focalizamos bien el objetivo a perseguir.

Los esfuerzos de estos pacientes son habitualmente de corta duración y poco frecuentes, influidos por un pronunciado locus de control externo y por su percepción rígida, por lo que tienen habitualmente expectativas de tipo negativo (Hodel y Brener, 2004). Por estos motivos, el refuerzo de comportamientos de forma progresiva y la insistencia en recordar los objetivos que se han marcado es fundamental, contando con la colaboración indispensable de la familia. En la práctica terapéutica, las técnicas de resolución de problemas facilitan el comportamiento activo en estas personas, así como resaltar el aprendizaje de las propias experiencias (Palma *et al.*, 2005).

Las estrategias motivacionales no están dirigidas a que el paciente tenga más conciencia de enfermedad y realice grandes elaboraciones reflexivas a cerca de su vida. Se trata de ayudarlo a movilizar progresivamente algunas de las áreas que han sufrido una ruptura brusca y un bloqueo secundario a la eclosión del primer episodio (incluyendo la etapa prodrómica).

Consideramos que el aumento de la **conciencia de enfermedad**, debe estar relacionado básicamente con la toma de medicación de la forma más autónoma posible, y con la implicación en programas de intervención psicossocial. Una toma de conciencia brusca que implique la identificación que hará el paciente con sus, frecuentemente, amplias limitaciones, puede dificultar la mejora debido a la sintomatología depresiva que puede asociarse (Palma et al, 2005).

De este modo, sin ser pretenciosos respecto al potencial de la intervención motivacional podríamos apuntar las siguientes cuatro premisas respecto a su adecuación (ver tabla 3).

Tenemos que tener presente que el impacto emocional sobre la persona que ha sufrido un primer episodio psicótico es altamente complejo. Esto va a suponer una especial atención al proceso de la persona por parte del terapeuta hacia las resistencias del paciente al tratar algunos temas con carga emocional. Como se ha comentado anteriormente, la dimensión emocional abarca el tejido vital de la persona, incluida la conciencia y la aceptación de su experiencia y su problemática.

Este es el principal motivo por el que la intervención debe confeccionarse como un traje a medida sin que los objetivos marquen en ritmo del paciente. El tempo emocional lo tiene la persona que está experimentando el malestar, no la intervención; y el trayecto de este camino el paciente se enfrentará a los objetivos en la medida que vaya estando preparado emocionalmente. Este trayecto es un auténtico aprendizaje vital, realizado gracias a un entrenamiento actitudinal, que el paciente debe realizar con su propio ritmo. Entre algunos de los objetivos, está el de ampliar la conciencia sobre sus responsabilidades personales y sobre el sentido de la experiencia de cambio, en un amplio contexto biográfico. Todas y cada uno de sus comportamientos actúan como indicadores de cambio.

Para ello, el terapeuta debe estar alerta a las señales verbales y no verbales, incluso las conductuales, como la falta de asistencia a visitas, el llegar tarde a las sesiones, hablar de temas banales evitando tratar lo que le ocupa, etc. y poder ajustarse a su ritmo.

La conciencia de enfermedad, integrada como un objetivo más, en el momento adecuado, viene a ser lo que V. Frankl manifiesta, refiriéndose al tratamiento de las psicosis, esa capacidad de "trascender el cuadro de la enfermedad hacia una imagen del hombre", descubrir por uno mismo el sentido de su propia dolencia, que, más que una enfermedad, puede llegar a ser un modo de descubrir su propio ser, su propia identidad (Frankl, 1979, 1992).

Para su propio bienestar, es tan importante que el terapeuta pueda respetar su proceso como que el propio paciente pueda tolerar muchas veces la lentitud en la que aparecen los pequeños cambios. Es por ello por lo que, sobre las bases de una buena alianza, el terapeuta debe ser un modelo de tolerancia a los procesos de cambio reforzando los pequeños éxitos porque, en un paciente con esquizofrenia que se recupera de un episodio, es un gran paso para afrontar la enfermedad de una forma más constructiva, con una actitud más conciente y plena.

REFERENCIAS

- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K., Devir H., Terry M. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002; 97(10):1329-1337.
- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K., Devir H., Terry M. Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(3):233-240.
- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior ther-

TABLA 3
CONSIDERACIONES EN LA INTERVENCIÓN
MOTIVACIONAL EN LA ESQUIZOFRENIA

- El estilo motivacional promueve un clima adecuado para el cambio, y si no se dan cambios no es un fracaso. Este estilo facilita el escenario para el trabajo de la disfunción emocional reactiva a la psicosis (Birchwood y Trower, 2005).
- Aumenta el control personal de la conducta.
- Se ha de valorar la capacidad de introspección de la persona.
- Se han de concretar las conductas a cambiar. De entre los comportamientos más habituales trabajados mediante intervenciones motivacionales están:
 - La toma de la medicación de la forma más autónoma posible.
 - El consumo de tóxicos.
 - La adherencia al tratamiento psicológico y cumplimiento de pautas terapéuticas.
 - La realización de actividades.
 - Hábitos de planificación de tareas.
 - Hábitos de higiene.

- apy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1706-1713.
- Barrowclough C, Haddock G, TARRIER N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1706-1713.
- Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1):75-80.
- Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1):75-80.
- Bellack AS, Diclemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1):75-80.
- Birchwood M., TARRIER N. *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Ariel Psicología. 1995, Barcelona.
- Birchwood, M. (1992). Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 257-278.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 172), 53-59.
- Birchwood, M. & Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioral therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 107-108.
- Bosch JM, Cebrià J. Reactancia psicológica : "Fumar es un placer". *FMC* 1999; 6:59-61.
- Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler CW, Lejuez CW et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003; 12 Suppl 4:IV3-IV10.
- Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, Myers MG, Kahler CW, Lejuez CW et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003; 12 Suppl 4:IV3-IV10.
- Cebrià J, Bosch JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *FMC* 2000; 7:233-236.
- Cebrià J, Bosch JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC* 1999; 6(393):395.
- Coffey M. Psychosis and medication: strategies for improving adherence. *Br J Nurs* 1999; 8(4):225-230.
- Etter M, Mohr S, Garin C, Etter JF. Stages of change in smokers with schizophrenia or schizoaffective disorder and in the general population. *Schizophr Bull* 2004; 30(2):459-468.
- Frankl, V.E. *Teoría y terapia de las neurosis*. Herder, 1992 Barcelona.
- Frankl, V.E. *El hombre en busca de sentido*. Herder, 1979 Barcelona.
- Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J* 2003; 39(3):189-202.
- Gray R, Robson D, Bressington D. Medication management for people with a diagnosis of schizophrenia. *Nurs Times* 2002; 98(47):38-40.
- Greenberg, L.S. Un análisis del caso de Jim Brown desde la perspectiva de los procesos experienciales y la Gestalt. En: Farber, B.A., Brink, D. y Raskin, P.M. *La psicoterapia de Carl Rogers. Casos y comentarios*. Desclee de Brouwer. 2001, Bilbao.
- Haddock G, Barrowclough C, TARRIER N, Moring J, O'Brien R, Schofield N et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183:418-426.
- Haddock G, Barrowclough C, TARRIER N, Moring J, O'Brien R, Schofield N et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 183:418-426.
- Harrop, C. & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychological Review*, 21, 241-265.
- Hayward P, Chan N, Kemp R, Youle S. Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *J Ment Health* 1995; 4(5):511-517.
- Hodel, B. & Brenner, H.D. (2004). Enforques presentes para el tratamiento de los trastornos del procesamiento de la información en la esquizofrenia. En : C.Perris y P. Mc.Gorry. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Caroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M. & Gavaghan, D.J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials:

- is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17, 1-12.
- Kavanagh DJ, Young R, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev* 2004; 23(2):151-155.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 172:413-419.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 172:413-419.
- McGorry, P., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D. & Singh, B. (1991). Post-traumatic stress disorder following recent onset psychosis: An unrecognised post-psychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 253-258.
- McGorry, P. (2005). Un resumen de los antecedentes y del alcance de las intervenciones psicológicas en psicosis temprana. In J. Gleeson & P. McGorry (Eds.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(4):297-308.
- Martino S, Carroll KM, O'Malley SS, Rounsaville BJ. Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addict* 2000; 9(1):88-91.
- Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós. 1991, Barcelona.
- Palma, C., Cebrià, J., Farriols, N., Cañete, J. & Muñoz, E. (2005). La intervención motivacional en el paciente esquizofrénico. *Psiquis*, 26, 109-120.
- Palma, C., Ferrer, M., Farriols, N. & Cebrià, J. (2006). La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. *Anales de Psiquiatría*, 22 (6), 296-305
- Pantalon MV, Swanson AJ. Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychol Addict Behav* 2003; 17(2):91-97.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. & Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Prochaska JO, Diclemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28:183-218.
- Randall F, Wood P, Day J, Bentall R, Rogers A, Healy D. Enhancing appropriate adherence with neuroleptic medication: Two contrasting approaches. In: Morrison A, editor. *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. New York: Brunner-Routledge, 2002: 281-297.
- Ridway, P. (2001). Restroying psychiatric disability: learning for the first person narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 335-343.
- Rogers, C.R. *El proceso de convertirse en persona*. Paidós. 1961 Barcelona.
- Rollnick S, Miller WR. What is IM? *Behav Cogn Psychoth* 1995; 23:325-334.
- Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 26(1):23-32.
- Sassaroli S., Lorenzini, R. Patogenia y terapia. En: C. Perris y P. Mc Gorry, P. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Desclee de Brouwer. 2004, Bilbao.
- Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci JA, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(4):723-728.
- Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(10):630-635.
- Tsuang J, Fong TW. Treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Curr Pharm Des* 2004; 10(18):2249-2261.
- Van Horn DH, Bux DA. A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20(2):191-195.
- Walitzer KS, Dermen KH, Connors GJ. Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behav Modif* 1999; 23(1):129-151.
- Zhang AY, Harmon JA, Werkner J, McCormick RA. Impacts of motivation for change on the severity of alcohol use by patients with severe and persistent mental illness. *J Stud Alcohol* 2004; 65(3):392-397.
- Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10):1653-1664.