

CUESTIONES PROFESIONALES EN LA PSICOFARMACOTERAPIA PARA PSICÓLOGOS

Robert E. McGrath
mcgrath@fdu.edu

Morgan T. Sammons
US.NavyBureau of Medecine and Surgery

Anita Brown
Hampton University

Jack G. Wiggins
Missouri Institute of Mental Health

Ronald F. Levant
Nova Southeastern University

Wendy Stock
Alliant International University

Much of the critical discussion of prescriptive authority for psychologists has focused on the question of whether this is right direction for the profession. The authors contend that discourse on prescriptive authority should progress to identification of the challenges that lie ahead for psychology as a prescribing profession, with the goal of anticipating and addressing those challenges as early in the process as possible. The authors identify a number of such potential challenges, including both general issues of professional identity and more practical concerns. In some cases, the authors express their opinions on professional identity and more practical concerns. In some cases, the authors express their opinions on these matters, but more generally their intention is to spur reasoned discussion of the issues psychologists will face.

Key words: psychotherapy, psychologists, professional identity, psychopharmacology, prescriptive authority

INTRODUCCIÓN

En 1995, el consejo de representantes de la Asociación Psicológica Americana (APA) aprobó formalmente la lucha por la autoridad prescriptiva para psicólogos formados apropiadamente. Esta resolución ha iniciado una gran cantidad de debates, con opiniones férreas en ambos lados (p.ej. DeNelsky, 1996; Hayes & Heibi, 1996; Heiby, 2002; Hines, 1997; Norflect, 2002). Las objeciones han sido sorprendentemente similares a las expuestas hace más de 50 años cuando la APA empezó a fomentar el desarrollo de programas de formación en psicoterapia dirigidos a psicólogos (Shakow, 1965; Sward, 1950). La reciente promulgación de una legislación que confiere autoridad prescriptiva a los psicólogos en Nuevo México aumenta la probabilidad de que los resultados en la actual agenda podrían reflejar lo acontecido hace 50 años. A la luz de estos eventos, el análisis crítico de la decisión de la APA debería ir más allá de la cuestión de si es una elección acertada, a plantearse la evaluación de los retos profesionales creados al añadir la autoridad prescriptiva al ámbito de la práctica del psicólogo.

Afortunadamente, las experiencias de otras profesiones que prescriben, así como la de los psicólogos, en respuesta al desarrollo de un rol terapéutico, nos ayudan a identificar cuáles pueden ser algunos de esos retos. El objetivo del presente artículo es discutir algunas de las cuestiones claves a ser tratadas. La meta aquí no es llegar a una conclusión sobre estas cuestiones, sino comenzar un diálogo interno sobre los mejores medios para cerciorarnos de que dirigimos el carácter evolutivo de la psicología como profesión y disciplina.

CUESTIONES GENERALES

El mantenimiento de nuestra identidad

Quizás no haya una objeción a la autoridad prescriptiva más seria que la posibilidad que esto pueda conllevar a una pérdida de nuestra identidad como psicólogos. La importancia de esta objeción no viene dada por el hecho de que ésta será la consecuencia más probable, sino por ser el resultado potencialmente más dañino para la psicología tanto como disciplina como profesión. El miedo que los psicólogos sigan el camino de los psiquiatras, muchos de los cuales han renunciado al enfoque psicológico de la comprensión y mejora de los trastornos mentales hacia una aproximación más médica, dando lugar a un deterioro de las habilidades de la evaluación y la psicoterapia tradicional. Este resultado podría dañar la disciplina en tanto que aumentaría las fisuras entre los psicólogos clínicos y de investigación, y dañaría a la profesión en tanto que reduciría más que ampliaría la variedad de opciones de tratamiento que podemos ofrecer a nuestros pacientes.

Es esencial que la psicología aprenda del error de la psiquiatría, un error que resultó en un abandono a gran escala de la psicoterapia como opción de tratamiento, y que en muchos casos resultó en la restricción de las opciones de tratamiento hacia la medicación únicamente (Nota 1).

Para evitar este resultado, recomendamos que la capacidad de prescribir quede como una competencia para unos cuantos seleccionados, más que se convertirla en una habilidad clínica básica para todos, siendo el grueso de la formación durante el nivel de formación de doctorado como psicólogo de la salud. De este modo, el estudiante en farmacoterapia ya habrá dedicado cómo mínimo entre 5 y 7 años a aprender un modelo psicosocial de diagnóstico y tratamiento.

La **enfermera veterana en funciones** (APN), término que engloba las enfermeras profesionales y diversas otras opciones avanzadas de formación dentro de la enfermería, ofrece un buen modelo para el rol apropiado del prescriptor dentro de la psicología. La emergencia de la APN como un profesional independiente con alguna forma de autoridad prescriptiva en los 50 estados ha mejorado la imagen de la enfermería entre los consumidores y otros profesionales de la salud, y ha creado oportunidades para las enfermeras que no existían previamente. A pesar de ello, las APN continúan siendo una minoría entre las enfermeras y no dominan la enfermería tal como los farmacólogos han acabado dominando la psiquiatría. La enfermería define la identidad de las APN más que al contrario.

A pesar de que la amenaza a la identidad profesional continúa sosteniéndose frecuentemente como una objeción a la autoridad prescriptiva por sus oponentes (Robiner et al., 2002), no hay pruebas que sugieran que estos temores posiblemente se vuelvan una realidad a menos que haya cambios dramáticos en la manera en que los psicólogos sean formados como prescriptores. Los pocos psicólogos que prescriben que se graduaron en el programa del Departamento de Defensa no han mostrado cambio alguno en su identidad profesional fundamental, aunque (tal como disfrutaban señalando los oponentes a la autoridad prescriptiva) su formación médica fue sustancialmente más larga que la requerida en el modelo de currículum de la APA (1996) para psicólogos formados en farmacoterapia. Quienes están a favor de la autoridad prescriptiva han argumentado consistentemente que una educación universitaria que mantenga nuestra orientación teórica como científicos comportamentales será un factor determinante para predecir las preferencias en la práctica profesional (Levant & Sammons, 2002).

La condición clave del párrafo anterior es el mantenimiento de los actuales modelos de formación para psicólogos, incluso aquellos que planean prescribir en un futuro. A fin de proteger la identidad actual de los psicólogos, es importante clarificar el grado en que la farmacoterapia debería incorporarse a la formación predoctoral. Aunque el modelo de currículum de la APA para la formación de los psicólogos que se está preparando para la autoridad prescriptiva se titula *Formación Posdoctoral Recomendada en Psicofarmacología para los Privilegios de la Prescripción*, el preámbulo manifiesta:

“se podría incorporar el mismo currículum y mismas experiencias prácticas dentro de un currículum predoctoral en aquellos programas que lo deseen. Estos programas podrían entonces aceptar estudiantes que entra-

rían en su formación universitaria con la meta de una práctica profesional que incluye el privilegio de la prescripción”. (p1).

Creemos que la expansión general de un currículum predoctoral estandar de este modo podría ser potencialmente peligroso para el futuro de la profesión. Un conocimiento básico de farmacoterapia se debería esperar de todos los profesionales pero no tendría que comprender una porción substancial de su formación predoctoral. Para la mayoría de profesionales, la farmacoterapia es mejor tratarla como un conocimiento que debe adquirirse después de la integración de un conocimiento, unas habilidades y destrezas básicas que conforman la psicología de la salud tal como se ha practicado tradicionalmente. Según esto, nuestra posición es que la formación para la autoridad prescriptiva debería permanecer un objetivo básicamente postdoctoral.

Con el tiempo, seguramente encontraremos algunos estudiantes que aspiraran a hacer la carrera centrándose en la psicofarmacología aplicada o básica, justificando potencialmente el desarrollo de un *curriculum* que se acomode a estos intereses. Aún así, la política educativa de la APA debe ser diseñada para asegurar que la formación predoctoral en psicofarmacología no se produzca a expensas de la educación en los fundamentos psicosociales que continúan definiendo nuestro campo. Además, es importante que tales programas constituyan una porción relativamente pequeña de oportunidades en la psicología. Los programas de doctorado especializados en neuropsicología o en psicología de la salud ofrecen un prototipo para el nivel de especialización apropiado en las experiencias de formación de predoctorado.

Hacia un modelo Psicológico para la prescripción

Uno de los resultados deseables es asegurar que los psicólogos que prescriban mantengan su identidad tradicional como psicólogos es el desarrollo de un modelo psicológico único de prescripción. Las especificaciones de este modelo tendrán que emerger del diálogo sobre las experiencias de los psicólogos que prescriben a sus pacientes. Aún así, incluso en este estadio temprano, podemos identificar tres principios básicos que deberían subyacer al modelo.

Primero, un modelo psicológico integraría la farmacoterapia dentro del conjunto de habilidades disponibles al clínico, permitiendo la selección de una variedad de opciones de tratamiento basadas en las especificidades de cada caso. La medicina en general, y la psiquiatría a menor nivel, no ha logrado encajar las necesidades de los individuos con los trastornos mentales porque han rechazado todas excepto una modalidad de tratamiento. Por tanto, se prescribe medicación a la mayoría de los pacientes sin considerar si éste representa el tratamiento óptimo.

Por ejemplo, las encuestas sobre los patrones en el ejercicio de la medicina sugieren que casi el 100% de los pacientes atendidos por depresión en atención primaria reciben prescripción de algún tipo de medicación, y muy pocos de estos

paciente buscan otras formas de tratamiento, tales como la psicoterapia (Asociación Nacional de Maníaco Depresivos, 2000). Los psiquiatras proceden de modo similar en el uso de la medicación, recetando psicotrópicos a un 90% de sus pacientes, la mayoría de los pacientes restantes acuden únicamente a psicoterapia (Pincus et al., 1999).

Ésta es una aproximación cuestionable por dos motivos. Engel (1977) fue el primero en exponer los argumentos en favor de que los trastornos médicos sólo pueden entenderse de forma completa teniendo en cuenta el marco biopsicosocial. A medida que este modelo gana credibilidad en la psiquiatría y la sociedad en general (p.ej. Satcher, 1999), se hace cada vez más difícil de defender un enfoque biomédico general para la conceptualización de los trastornos mentales (Gabbard & Kay, 2001).

Además, un conjunto creciente de pruebas muestran que la medicación no es necesariamente el primer tratamiento de elección para como mínimo algunos trastornos mentales. Por ejemplo, un examen de medicamentos en prueba utilizado para mantener las aplicaciones en la Administración de medicamento y Alimentación sugirieron que la medicación no es más efectiva que el placebo, al menos para las formas de depresión más suaves (Khan, Leventhal, & Khan, 2002; Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholls, 2002; Moncrief, 2001). Una comparación meta-analítica reciente de remisión completa de la depresión moderada o suave no encontró diferencias en la eficacia entre los antidepresivos versus la psicoterapia, con menos casos de recaída para los participantes de la terapia (Casacalenda, Perry & Looper, 2002). La terapia cognitiva-conductual se ha aceptado de forma creciente como el tratamiento de elección para el trastorno de la ansiedad generalizada (Tonks, 2003), mientras que una revisión reciente de las opciones de tratamiento para los trastornos mentales en las poblaciones geriátricas identificaron un número de circunstancias donde las intervenciones psicosociales son iguales o superiores a la farmacoterapia en términos de efectividad (Bartels et al., 2002).

En cambio, las pruebas preliminares sugieren que los psicólogos con autoridad prescriptiva utilizan la farmacoterapia en un porcentaje menor de sus pacientes (J.L.Sexton, comunicación personal, Agosto 4, 1000; Wiggins & Cummings, 1998). Los psicólogos que se sienten cómodos tanto con las aproximaciones psicosociales como las biológicas estarán en una posición mucho mejor que los profesionales médicos para determinar si deben prescribir sobre la base del individuo y las publicaciones y no según el sesgo de la práctica. Dentro del marco biopsicosocial, los trastornos mentales deberían ser tratados como determinados multifactorialmente y la medicación debería servir en general como un rol complementario en un plan de tratamiento multimodal.

Segundo, un modelo psicológico trataría la prescripción como una actividad colaborativa. Numerosos estudios han demostrado que una gran proporción de individuos a los que se prescribe medicación psicoactiva finalizan el tratamiento prematuramente (p.ej. Motjtabai et al., 2002; Pampallona, Bollini, & Tibaldi,

2002). Dado que la medicación no siempre es necesaria ni paliativa, la decisión de dejar la medicación puede ser razonable si el paciente percibe con precisión que la medicación es ineficaz o si elige otras alternativas de tratamiento. Desafortunadamente, los pacientes a menudo se sienten incómodos al compartir estas preocupaciones con los profesionales y ponen fin al uso de la medicación unilateralmente. Este fenómeno refleja los documentados fracasos de comunicación entre los que prescriben y sus pacientes en la práctica médica (p.ej. Lawton-Smith, 2002).

En cambio, una aproximación colaborativa estaría basada en el desarrollo mutuo del contrato entre el que prescribe y el paciente, incluyendo una revisión de la medicación y sus alternativas; diferentes opciones de medicación; una discusión de los efectos secundarios hasta el momento en que el individuo lo crea necesario; información sobre la latencia para llegar a un nivel efectivo de dosificación; una evaluación de los obstáculos de la participación, incluyendo la motivación para la intervención, y un plan para el seguimiento del progreso, los efectos secundarios, los obstáculos, y el cumplimiento. En particular, un modelo colaborativo permitiría una decisión conjunta y podría ser un paso afirmativo más que una resistencia al tratamiento.

Un modelo psicológico prescriptivo trata de situar a los pacientes en el rol de tomadores de decisiones. El psicólogo sirve como un consultor y un proveedor de conocimiento experto que educa y asiste a los pacientes para determinar el plan de tratamiento más adecuado a sus circunstancias. En particular, los riesgos y beneficios de una opción adecuada de tratamiento deben ser comunicados al paciente. De este modo, el consentimiento informado completo es fundamental en el modelo psicológico de prescripción. (Sammons, 2001).

Tercero, un modelo psicológico prescriptivo tomaría en consideración el significado potencialmente psicológico de la medicación. El término *significado* se entiende aquí para abarcar las distintas formulaciones potenciales para entender cómo la persona interpretaría el acto de tomar la medicación, incluyendo esquemas cognitivos, patrones interpersonales, relaciones de objeto, o deseos y fantasías. Los miedos asociados con el uso de la medicación y las reacciones a figuras autoritarias o a cuidadores deben considerarse para determinar cómo interactuar con el paciente sobre cuestiones de la medicación.

Un error clave en la práctica médica de la farmacoterapia es el tratamiento de prescribir como un acto impersonal. Este error tiene un impacto directo sobre la tasa de cumplimiento, reacciones negativas, y sobre la efectividad de la medicación. El hecho de prescribir agentes psicotrópicos es un acto inherentemente interpersonal, que se puede mejorar a través de un enfoque psicosocial. Por último, el mejor predictor de un desenlace satisfactorio seguramente será la elección del paciente, la voluntad del paciente de participar en el tratamiento que se ofrece. Dado que la elección del paciente está potencialmente influida por una variedad de factores personales, económicos, familiares, culturales, incumbe a los proveedores el tener

conciencia de estos factores al guiar al paciente en sus decisiones respecto al tratamiento más adecuado.

Los pormenores de la práctica

Consideraciones para los psicólogos que no recetan.

A pesar de que a pocos psicólogos en Estados Unidos se les permite recetar en su rol como psicólogos (aunque algunos lo hacen por tener doble licenciatura), algunas cuestiones profesionales de importancia relacionadas con la farmacoterapia ya afectan a los psicólogos. La cuestión más global que se debe comentar aquí es el status legal de consultar con pacientes y otros profesionales en relación a la medicación. Muchos clínicos denuncian que a menudo son consultados por otros profesionales para dar consejo en relación al tratamiento biológico adecuado para un paciente, o que los clínicos abordan otros profesionales con preocupaciones personales (ver VandenBos & Williams, 2000). Los psicólogos a menudo comentan esto admitiendo que se sienten incómodos con este rol, dada su limitada formación en psicofarmacología, pero que las exigencias de la situación les fuerzan a tomar ese rol.

Dada la frecuencia de esta práctica, no es sorprendente que los comités que dan las autorizaciones para ejercer en numerosas jurisdicciones han identificado explícitamente la consulta con otros profesionales sobre farmacoterapia como parte de la práctica de los psicólogos. Estas jurisdicciones incluyen California (donde el rol de consultor en el manejo de la medicación se menciona explícitamente dentro del ámbito de la práctica de los psicólogos), el distrito de Columbia, Florida, Louisiana (con restricciones), Massachusetts, Missouri, Oklahoma, y Pennsylvania. En muchos casos los comités han escogido anotar que de algún modo la responsabilidad final de la medicación recae sobre el otro profesional. Los individuos de otras jurisdicciones que se encuentran haciendo estas consultas de manera regular deberían considerar hacer una petición sobre esta cuestión en su comité, como un método para asegurarse que están actuando dentro del ámbito de la práctica.

La segunda actividad en la que la actual implicación en la farmacoterapia tiene implicaciones para los psicólogos hace referencia a la participación en practicums relacionados con la formación en farmacoterapia como anticipación de la autorización de recetar en algún momento en un futuro. En algunos casos, las consultas de los pacientes están ocurriendo fuera del contexto de una relación terapéutica continuada, algunos psicólogos evalúan a un paciente derivado con el único propósito de proporcionar una recomendación de tratamiento a un profesional que receta y supervisa. Los psicólogos involucrados en estas prácticas deberían examinar de cerca la definición del ámbito de práctica de su jurisdicción, así como cualquier afirmación proporcionada por el comité que da las autorizaciones que conciernen las consultas sobre la medicación, para determinar si estas actuaciones están permitidas en su jurisdicción.

Consideraciones para psicólogos que recetan.

Si, tal como nosotros recomendamos, la farmacoterapia permanece como una competencia superior para los psicólogos más que una habilidad básica, las circunstancias se darán en pacientes que reciben cuidados de otros profesionales, derivados tan sólo para la evaluación de la medicación. Muchas de estas derivaciones vendrán de otros psicólogos u otros profesionales de la salud mental que no han recibido autoridad para recetar, a pesar de que algunos vendrán también de profesionales responsables de condiciones médicas. Bajo estas circunstancias, las presiones económicas llevarán a los psicólogos que adopten la consulta abreviada médica (15 minutos o menos).

Efectivamente, algunos tienen en consideración (p.ej. Luhrmann, 2000) factores económicos, tales como el crecimiento de los cuidados dirigidos, los mayores contribuyentes en rehusar el modelo biopsicosocial en psiquiatría. Es imposible en este punto evaluar si la práctica de las recetas tendrá un impacto sustancial en la tasa de mala práctica (éste no ha sido el caso con los APN), pero si esto sucediera podría incrementar la presión que tienen los psicólogos que recetan a acortar las sesiones de consulta.

Creemos que sería contraproducente para los psicólogos aceptar el modelo breve de consulta dominante actualmente en gran parte de la práctica psiquiátrica, ya que impide la aproximación psicológica al prescribir, tal como hemos comentado anteriormente en este artículo. Los psicólogos que aceptan estas derivaciones deben reconocer que sus responsabilidades para recetar exceden lo posible a una evaluación de 15 minutos. Primero deben evaluar el paciente a la luz de los indicios actuales sobre las condiciones en las que la medicación será beneficiosa. Segundo, deben adoptar un modelo de colaboración descrito previamente, que requiere la evaluación de la opinión del paciente sobre la medicación como opción, educando al paciente sobre la medicación, y desarrollando y llevando a cabo un plan de feedback desde el paciente, y autoobservación de la efectividad y efectos secundarios por parte del paciente.

Reconocemos que con la autoridad para recetar, es probable que algunos psicólogos con pericia en los tratamientos psicofarmacológicos de los trastornos mentales dedican una parte sustancial de su práctica a servicios de consulta a otros profesionales. Creemos que este es un rol aceptable para los psicólogos, del mismo modo en que muchos asesores psicológicos desempeñan ante todo un rol de consultores para otros profesionales. Aún así, es importante que tales consultas incluyan siempre una evaluación sobre si los tratamientos psicológicos están siendo considerados adecuadamente. Además, igual que en la APN en enfermería, los psicólogos que se especializan en la conducta de evaluaciones de medicación breve para otros profesionales deberían ser una pequeña proporción de los psicólogos en práctica.

En resumen, los psicólogos que receten deben evitar el tradicional rol

autoritario adoptado por muchos profesionales médicos. Al permanecer en un modelo colaborativo, integrador de psicoterapia y farmacoterapia, los terapeutas que recetan deben dar responsabilidad a los pacientes sobre la decisión de incluir o no la medicación en el curso del tratamiento. Para cumplir este rol adecuadamente, los psicólogos deben permanecer fieles a sus raíces psicosociales. Según esto, sería contraproducente, quizás hasta destructivo para la ética de la profesión, que los psicólogos desarrollaran prácticas unidas en buena parte a la evaluación médica.

Interacciones con la Industria Farmacéutica.

Un argumento común en contra de la autorización de recetar para los psicólogos es que nuestro campo se vuelva susceptible a la influencia de la industria farmacéutica, tal como lo ha sido la profesión médica. La medicina está cada vez más aquejada por estas influencias. En los últimos años, ha crecido la preocupación sobre el grado en el que los regalos de los visitantes médicos influyen sobre las decisiones médicas (Wazana, 2000), sobre hasta qué punto la formación continua está subvencionada por esta industria (Ross, Lurie, & Wolfe, 2000), y sobre el grado en que los contratos de investigación restringen la promulgación e interpretación de los hallazgos (Bodenheimer, 2000; Choudhry, Stelfox, & Detsky, 2002; Davidoff et al., 2001). Por ejemplo, Davidoff et al. (2001) criticaron los acuerdos que prohibían la publicación de hallazgos sin el permiso del que subvenciona. Desafortunadamente, dada la economía de la investigación, concluyeron que cualquier intento por prohibir tales contratos está destinado al fracaso, aunque no dirigieron la posibilidad de restricciones legislativas a los contratos de investigación subvencionados.

Esperamos que los psicólogos formados en el análisis crítico de la investigación y en los modelos psicológicos de los trastornos mentales aumentarán su resistencia a la influencia de la industria farmacéutica comparado con otros profesionales de la salud mental. Los psicólogos también tienen el beneficio de aprender de las experiencias previas de otras profesiones que recetan. Sin embargo, creemos que se necesitará el desarrollo de unas directrices profesionales sobre las interacciones con la industria farmacéutica para controlar el riesgo de excesiva influencia.

Los psicólogos que participen en la investigación subvencionada deberán conocer las directrices que se han adoptado por el Comité Internacional de Editores de Publicaciones Médicas (Davidoff et al., 2001) para los conflictos de intereses creados por las relaciones financieras con las fuentes que subvencionan. Las instituciones educativas también pueden considerar el desarrollo de directrices para los docentes que establecen una relación financiera con esta industria (Cho, Shohara, Schissel, & Rennie, 2000). Los Psicólogos que tengan relación con el manejo de la medicación deberían ser formados para buscar afirmaciones con conflictos de intereses en cualquier estudio que comente resultados de una terapia

farmacológica. Es importante asumir que, dado que las compañías farmacéuticas pueden prohibir la publicación de hallazgos que sugieran que sus tratamientos son ineficaces, el peso de las pruebas es mayor para estos tratamientos que para aquellos que no están subvencionados de manera similar (ver Kirsch et al., 2002).

Además, los psicólogos deberían considerar cómo minimizar el impacto de la industria farmacéutica sobre las decisiones de tratamiento. Esto podría incluir el desarrollo de directrices de tratamiento desde agencias independientes a la influencia de la industria farmacéutica (ver Choudhry et al., 2002) y/o directrices para las interacciones con los visitantes médicos. La formación sobre el alcance de la influencia de factores económicos sobre los profesionales que recetan también debería ser un componente en el trabajo predoctoral o posdoctoral en la farmacoterapia. Esta formación es esencial para garantizar que los psicólogos basen sus decisiones sobre las necesidades de los pacientes más que sobre las presunciones que albergue la publicidad.

Interacciones con otros profesionales

En la lucha para conseguir la autorización para recetar para los psicólogos, merece particular mención la expresión de apoyo por parte de otros clínicos no psiquiatras. Es probable que los clínicos de cuidados primarios se beneficien de un incremento de disponibilidad de profesionales que receten medicación psicotrópica como resultado de autorizar a los psicólogos que receten. A pesar de esto, tales interacciones crearán retos profesionales adicionales.

Será importante formar a los profesionales sobre el modelo psicológico de prescripción. Es poco usual que los profesionales piensen en términos psicológicos sobre la decisión de prescribir. A pesar de su falta de familiaridad, encontramos que muchos profesionales están abiertos a considerar el proceso de recetar de forma diferente y son respetuosos con la manera que los psicólogos abordan esta cuestión. El aumento de la colaboración con profesionales de cuidados primarios también puede usarse como trampolín para aumentar la conciencia de los profesionales sobre los trastornos mentales como problemas tanto primarios como secundarios en sus pacientes (Bray, Enright & Rogers, 1997), tal como los profesionales deberían educar a los psicólogos sobre las formas en que las dificultades físicas pueden tener impacto sobre las psicológicas.

Interacciones con los Servicios de la Salud

La obtención de autorización para recetar cambiará el rol que los psicólogos juegan en los servicios de la salud. Con formación en metodología de investigación, evaluación y diagnóstico, psicoterapia y farmacoterapia, el psicólogo puede potencialmente jugar un rol prominente en la administración y desarrollo de los servicios de la salud mental. Aunque haya una particular estimulante oportunidad asociada con la obtención de la autorización, tal como sucede en los otros elementos de la

autorización a recetar, también crea nuevos retos.

Una vez los psicólogos lleguen a posiciones de mayor autoridad, los psicólogos pueden encontrarse recomendando una mayor diversidad de opciones de tratamiento. Los psicólogos estarán obligados permanentemente a formar a los practicantes biomédicos tradicionales sobre las diferencias entre psicoterapia y terapia conductual versus orientación o *counseling*, sobre el valor de la evaluación psicológica, y sobre el uso de medicación como un tratamiento complementario.

Requisitos de Formación Adicional

La Dirección Práctica de la APA ha determinado que entre los 50 estados y el Distrito de Columbia, 42 necesitan actualmente psicólogos para participar en algún grado de educación complementaria (R. Jennings, comunicación personal, September 20, 2002). Actualmente, sin embargo, sólo un estado (Georgia) requiere que los psicólogos reciban formación regular en medicación psicotrópica. Esto es cierto a pesar de que hay indicios de que casi todos los clínicos en práctica informan de que intervienen de forma regular en la toma de decisiones sobre la medicación de sus pacientes (VandenBos & Williams, 2000). Creemos que todos los clínicos deberían mantener un nivel mínimo de actualización en sus conocimientos de farmacoterapia.

Para el psicólogo que receta, esta obligación es proporcionalmente mayor. Sería presuntuoso para nosotros intentar especificar el grado de formación complementaria que sería apropiado para mantenerse al día con el desarrollo relacionado con la ampliación del ejercicio, y tampoco pretendemos decidir si esta formación adicional implica una modificación de los requisitos para la formación complementaria existente, porque estos juicios dependen de las directivas de cada estado individual. Aún así, sí recomendamos que las directivas estatales aborden esta cuestión pronto, quizás incluso antes de que la legislación que lo permita se apruebe.

CONSIDERACIONES FINALES

Hace cincuenta años, la psicología llevó a cabo la transición de una disciplina académica a otra donde se incorporaba un componente vibrante y entusiasta de salud. La decisión de buscar una formación en psicoterapia se dio a pesar de las incertidumbres sobre su efecto sobre la psicología en general, a pesar de la amarga oposición de la psiquiatría, y los desacuerdos entre los psicólogos mismos en general. Finalmente, creemos que pocos estarían en desacuerdo con que las consecuencias positivas de la formación en psicoterapia -tanto para el público como para la psicología- han superado las negativas.

La decisión de buscar la autorización para recetar tampoco conlleva ningún riesgo. Creemos que la agenda hacia la receta ha progresado hasta el punto donde ya no se gana nada más tratando estos riesgos como razones para no moverse hacia adelante. Es hora de considerar estos riesgos como retos a vencer. Este artículo trata

de ser un primer paso hacia el diálogo sobre las implicaciones de la legitimidad de recetar para la psicología y el mejor modo de minimizar sus consecuencias negativas. Con la oportunidad de aprender tanto de los errores como de los éxitos de otras profesiones que fueron participando progresivamente en la práctica de la farmacoterapia, creemos que la psicología tiene una oportunidad tremenda para evitar los errores de otros y de cosechar los mismos beneficios para sí y para aquellas personas a las que sirve.

La mayor parte de la discusión crítica sobre la autoridad prescriptiva de los psicólogos se ha centrado en la cuestión de si esta es la dirección acertada para la profesión. Los autores sostienen que el discurso sobre la autoridad prescriptiva debería progresar hacia la identificación de los retos que esperan a la psicología como profesión prescriptiva, con la meta de anticipar y redirigir aquellos retos tan pronto como sea posible dentro del proceso. Los autores identifican un número de estos retos potenciales, incluyendo cuestiones tanto generales como de identidad profesional como cuestiones más prácticas. En algunos casos, los autores expresan sus opiniones sobre estos temas, pero su intención es la de estimular una discusión razonada sobre las cuestiones con las que los psicólogos deberán afrontarse.

Palabras clave: psicoterapia, identidad profesional del psicólogo, psicofarmacología, autorización para prescribir

Notas

- 1 Hay algunos datos objetivos concernientes al grado en que los psiquiatras en Estados Unidos continúan proporcionando psicoterapia, aunque es conocido universalmente que su frecuencia ha declinado /p.ej. Gabbard y Kay, 2001; Luhrmann, 2000). Pincus et al (1999) encontraron que según el auto-recuento de los psiquiatras proporcionaban psicoterapia a 43.1% de 1,228 pacientes, pero Goldman et al.(1998) encontraron que los psiquiatras tan sólo proporcionaban psicoterapia al 12,6% de 1,517 casos que implicaban el tratamiento simultáneo de psicoterapia y farmacoterapia para el tratamiento de la depresión.

Nota sobre los autores

ROBERT MCGRATH recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad de Auburn y es actualmente profesor y director de formación para el Programa de Psicofarmacología Posdoctoral en la Escuela de Psicología en la Universidad Dickinson de Fairleigh. Gran parte de su investigación se centra en el área de la evaluación de la personalidad.

- JACK G. WIGGINS. recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad de Purdue. Está actualmente afiliado al Instituto Missouri de Salud Mental, St. Louis, MO. Su área central de investigación es la psicofarmacoterapia.
- MORGAN T. SAMMONS recibió su Phd en psicología clínica en la Universidad del estado de Arizona. Actualmente es el director de las operaciones clínicas en la oficina Naval de Medicina y Cirugía de U.S. Sus áreas de interés incluyen los tratamientos combinados para el trastorno mental y la autorización prescriptiva para los psicólogos. Las opiniones expresadas por Morgan T. Sammons son exclusivamente suyas y no representan la visión oficial de la Marina de U.S. ni del departamento de defensa.
- RONALD F LEVANT recibió su EdD en psicología clínica y práctica pública de la Universidad de Harvard y es decano y profesor de psicología en la Universidad Nova Southeastern en Ft. Lauderdale. Sus investigaciones se centran en los adelantos de la psicología profesional y en la nueva psicología de los hombres.
- ANITA BROWN recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad de Pittsburgh y completó su formación posdoctoral en psicofarmacología a través del Proyecto demostración de psicofarmacología subvencionado por el Departamento de Defensa de U.S. Se encuentra actualmente trabajando en el servicio de Salud Mental Comunitaria en Fort Eustis, Virginia. Sus áreas de investigación incluyen la psicofarmacoterapia y las cuestiones culturales en salud mental.
- WENDY STOCK recibió su PhD en psicología clínica de la Universidad estatal de Nueva York en Stony Brook. Actualmente es un miembro de la Universidad Internacional Alliant, en el Campus de la Bahía de San Francisco. Sus áreas centrales de investigación incluyen las cuestiones de formación en psicofarmacología, la sexualidad humana, la terapia sexual, y aproximaciones feministas.

A pesar de que algunos autores de este artículo están involucrados en el gobierno de la APA o en la división 55 de la APA (la Sociedad Americana para el Fomento de la Farmacoterapia), las opiniones expresadas aquí son de los autores y no pretenden reflejar la posición oficial de la asociación.

La correspondencia concerniente a este artículo debería dirigirse a Robert E. Mc. Grath, School of Psychology, Fairleigh Dickinson University, Teaneck, NJ 07666.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (1996) *Recommended postdoctoral training in psychopharmacology for prescription privileges*. Washington Dc: Autor.
- BARTELS, S. J., DUMS, A.R., OXMANN, T.E., SHNEIDER, L.S., AREAAN, P.A., ALEXOPULOS, G.S., &

- JESTE, D.V.(2002) *Evidence based practices in geriatric mental health care*: Psychiatric service, 53, 1419-1431.
- BODENHEIMER, T. (2000) *Uneasy aliance-clinical investigators and the pharmaceutical industry*. New England Journal of Medecine, 342, 1539-1544.
- BRAY, J.H., ENRIGHT, M.F., & ROGERS, J. (1997) *Collaboration with primary care physicians*. In J. A. Morris (Ed), *Practicing Psychology in rural setings: Hospital privileges and collaborative care* (pp.55-65): Washington, DC: American Psychology Association.
- CASACALENDA, N., PERRY, J.C., & LOOPER, K. (2002) *Remission in major depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, pscoterapy, and control conditions*. American Journal of Psychiatry, 159, 1354-1360.
- CHO, M., SHOHARA, R., SCHISSEL, A., & RENNIE, D.(2000) *Policies on faculty conflicts of interest at US universities*. Journal of American Association, 284,2203-2208.
- CHOLUDRY, N., K., STELFOX, H.T., DETSKY, A.S. (2002) *Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry*. Journal of American Medical Association, 287, 1232-1234
- DAVIDOFF, F., DE ANGELIS, C.D., DRAZEN, J.M., HOEY, J., HOJGARD, L., HORTON R., ET AL. (2001) *Sponsorship, authorship, and accountability*. Journal of American Medical Association 287,612-617.
- DE NELSKY, G.,L.(1996,) *The case against prescriptions privileges for psychologists*, American Psychologist, 51, 207-211.
- ENGEL, G. L. (1977, April 8) *The need for a new medical model: A challenge for biomedecine*. Science, 196,129-136., 158, 1956-1963.
- GABBARD, G., O., KAY, J. (2001). *The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsycosocial psychiatrist ?*. American Journal of Psychiatry.
- GOLDMAN, W., MCCULLOCH, J., CUFFEL, B., ZARIN, D., SUAREZ, A& BURNS, B., J. (1998). *Outpatient utilization patterns of integrated and split pscoterapy and pharmacoterapy for depression*: Psychiatric Services, 49, 477-482.
- HAYES, S., & HEIBY, E. (1996). *Psycology's drug problem: Do we need a fix or should we just say no*. American Psychologist, 51, 198-206.
- HEIBI, E.M. (2002) *Concluding remarks on the debate about prescription privileges for psychologists*. Journal of Clinical Psychology, 58, 709-722.
- HINES, D. (1997) *Arguments of prescription privileges for psychologists*. American Psychologist, 52, 270-271.
- KHAN, A., LEVENTHAL, R., M. & KHAN, S.R.(2002) *Severity of depression and response to antidepressants and placebo: An analysis of the Food and Drug Administration database*. Journal of Clinic Psycopharmacology, 22, 40-45.
- KIRSCH, I., MOORE, T.,J., SCOBORIA, A., & NICOLLS, S.S. (2002, July 15) *The empeor's new drugs: An analysis antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and drug administration* (Article 23). Prevention and treatment, 5. Retrieved September 25, 2002, from <http://journals.apa.org/prevention/volume5/Pre0050023a.html>.
- LAWTON-SMUTH, S.(2002). *Patient adherence with antidepressant treatment*. British Journal of Psychiatry, 181,78
- LEVANT, R. F., SAMMONS, M., T. (2002): *Of Cassandras, canards, and the dog in the night- time*. Journal of Clinical Psychology, 9, 259-263.
- LUHRMANN, T., M. (2000) *Of two minds. The growing disorder in American psychiatry*. New York: Knopf.
- MOJTABAI, R., LAVELLE, J., GIBSON, P., J., SHOLER, N.L, CRAIG, T.J., CARLSON , G.A., & BROMET, E.J. (2002) *Gaps in use antipsycotics after discharge by first- admission patients with schizophrenia , 1989 to 1996*. Psychiatric Services, 53, 337-339.
- MONCRIEFF, L.(2001) *Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressants trials*. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 288-295.
- NATIONAL DEPRESSIVE AND MANIC DEPRESSIVE ASSOCIATION (2000) *Beyond diagnosis: depression and treatment- A call to action to the primary care community and peopl with depression*. Chicago: Author.
- NORFLEET, M. A. (2002). Responding to society's needs: Prescription privileges for psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 599-610.
- PAMPALLONA, S., BOLLINI, P., & TIBALDI, G. (2002). Patient adherence in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 180, 104-109.
- PINCUS, H. A., ZARIN, D. A., TANIELIAN, T. L., JOHNSON, J. L., WEST, J. C., PETTIT, A. R., et al. (1999). Psychiatric patients and treatments in 1997: Findings from the American Psychiatric Practice Research Network. *Archives of General Psychiatry*, 56, 441-449.

- ROBINER, W. N., BEARMAN, D. L., BERMAN, M., GROVE, W. M., COLON, E., ARMSTRONG, J., & MARECK, S. (2002). Prescriptive authority for psychologists: A looming health hazard? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 231–248.
- ROSS, J. S., LURIE, P., & WOLFE, S. M. (2000, July 19). *Medical education services suppliers: A threat to physician education*. Retrieved July 24, 2002, from <http://www.citizen.org/publications/>
- SAMMONS, M. T. (2001). Combined treatments for mental disorders: Clinical dilemmas. In M. T. Sammons & N. B. Schmidt (Eds.), *Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions* (pp. 11–32). Washington, DC: American Psychological Association.
- SATCHER, D. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- SHAKOW, D. (1965). Seventeen years later: Clinical psychology in the light of the 1947 Committee on Training in Clinical Psychology report. *American Psychologist*, 20, 353–362.
- SWARD, K. (1950). Are the psychologists afraid of therapy? *American Psychologist*, 5, 50–54.