

## Originales

# Psicoterapia v/s Farmacoterapia I

Aproximación inicial a las fronteras disciplinarias e ideológicas frente a una praxis compartida.

**Roberto Polanco C\***

### Resumen

En el campo del tratamiento de los desordenes mentales existen hitos a lo largo de la historia moderna de la ciencia que sirven de referencia para poder entender el estado actual de dos importantes disciplinas cuyos campos disciplinarios se yuxtaponen. El objetivo de este artículo es aportar una primera reflexión sobre las formas de evaluar el campo de los desordenes mentales, se establece un especial énfasis crítico en el rol de la academia como ente formador y reproductor de estos grupos disciplinarios, además se introduce el debate sobre el papel de los psicólogos clínicos frente al uso de psicofármacos, proponiendo un debate que supere la reproducción de ciertos campos ideológicos que se traducen en “trincheras disciplinarias” las cuales se enfrentan al momento de establecer la praxis clínica en el campo social.

**Palabras clave:** prescripción de psicofármacos, formación universitaria, psicoterapia,

### Summary

In the field of mental disorder treatment, there are landmarks throughout the modern history of science that are useful as references to understand the present state of two important disciplines whose disciplinary fields are juxtaposed. The objective of this article is to contribute in the “mental disorder evaluation” issue, it settles down a special critical emphasis in the academy role, in addition a debate is introduced to discuss what could be the role of psychologists in front of the prescription of psychopharmacs, proposing a meditation that pretends to go further the reproduction of certain ideological ideas that sometimes become "disciplinary trenches".

**Key words:** psychopharmacs prescription, university formation, psychotherapy,

## Introducción

Actualmente, de manera más o menos explícita, se desarrolla una pugna en el campo de la atención clínica de los desordenes mentales, se pueden observar posiciones divergentes sobre el uso de fármacos para tratar diferentes estados mentales y aquellos que defienden la psicoterapia (terapia de la palabra) como una opción no sólo necesaria sino además suficiente para abordarlos.

La falsa dicotomía que opone una visión del cerebro desde un punto de vista biológico y de la mente desde una perspectiva cultural contribuye a la confusión sobre aquello que está indiscutiblemente unido. La defensa ciega de las fronteras de nuestros territorios disciplinares sólo atenta contra la expansión del conocimiento.

Se podría decir que estas fronteras hoy no son tales apelando a la interdisciplinariedad dentro del trabajo profesional, sin embargo, no resulta extraño observar que en la mayoría de las veces la interdisciplina se limita a una tolerancia mutua de discursos dispares mientras no se “contaminen” mutuamente, de esta forma, si bien pareciera que en ocasiones las diversas disciplinas se entrecruzan, la síntesis y la confrontación son permanentemente evitadas.

El objetivo de este texto es proponer una primera reflexión sobre las investigaciones, descubrimientos y debates en este campo, que sirvan de antecedente frente a la construcción de las fronteras entre disciplinas que, si bien comparten un “objeto” común, se arraigan en puntos diferentes del conocimiento. Se busca elaborar, de este modo, un debate, en la convicción de que sin él, ninguna controversia en este ámbito puede ser abordada.

Se reflexionará además sobre la responsabilidad de la “academia” en la mantención y fortalecimiento de estas fronteras centrándonos en la formación de psicólogos en un Chile cuyas características generales hacen que estos cuestionamientos en discusión no tengan un terreno fértil donde desarrollarse, si bien se puede concordar en que ciertas controversias parecen no tener solución posible, no se puede quedar indiferente frente a una “complaciente” falta de discusión lo cual sólo se traduce en una automarginación frente a un camino atractivo en miras a aumentar el campo de desempeño profesional para este nuevo siglo.

**...”Si es cierto que la técnica, como usted dice, depende en parte considerable del estado de la ciencia, aún más depende ésta del *estado* y las *necesidades* de la técnica.**

**El hecho de que la sociedad sienta una necesidad técnica, estimula más a la ciencia que diez universidades”.**

Friedrich Engels  
carta a W. Borgius,  
Londres, 25 de enero de 1894<sup>Φ</sup>

---

<sup>Φ</sup> Marx & Engels, *Obras Escogidas en tres tomos* (Editorial Progreso, Moscú, 1974). (Marxists Internet Archive, marzo de 2001).

## Un poco de Historia.

El uso de sustancias psicoactivas, con fines ceremoniales y religiosos o para evadirse de la realidad, ha sido constante a lo largo de la historia del hombre. Plantas alucinógenas como el cáñamo, la coca o la adormidera y bebidas alcohólicas como la cerveza, la hidromiel o el vino son algunos de los 'secretos' para curar y conectar con el mundo espiritual de civilizaciones tan antiguas como la babilónica o la egipcia.

Es interesante revisar un mito que se remonta al tercer milenio a.c., Se trata de un poema asirio, en este se narran las hazañas de Gilgamesh, un rey sumerio quien busca la inmortalidad, su búsqueda lo lleva hasta una *planta* que rejuvenece la cual sin embargo, no logra consumir. Esta historia señala el uso de una planta como vehículo para lograr mitigar una condición humana *no deseable*, la vejez.

En una tablillas sumerias, de una antigüedad cercana a los 3 mil años antes de Cristo, se encuentran varias recetas para enfermedades, la mayoría de ellas hechas a partir de diferentes plantas, este documento puede ser considerado el tratado de medicina más antiguo conocido hasta el día de hoy (Ruiz, 2003).

Por esa época, en el altiplano se conocía el poder milagroso de la hoja de coca la cual se utilizaba para contrarrestar los efectos de la altura y para tener energía cuando no se comía en días. Muchos cientos de años después en 1886 la "coca cola" bebida que incluye dentro de sus ingredientes un compuesto de la hoja altiplánica, se anuncia como tónico para el cerebro vendiéndose en las boticas (Fernández, 2002).

En Egipto ya se ocupaban plantas como la alcevera para el dolor de cabeza y la belladona para la fiebre, hacia el 1500 a.c. el papiro de Ebers enumera mas de 7.000 sustancias medicinales (Ruiz, 2003).

Herodoto 490-425 a.c. por otra parte describe a Egipto como una "tierra fecunda que produce gran abundancia de drogas, unas son remedios, y otros venenos, país de médicos, los más sabios del mundo"

Hipócrates de Cos (470-375 a.c.) siendo depositario de una antigua tradición cultural ligada a la medicina, sostiene que todas las enfermedades se deben a alguna causa natural, a una "descompostura del cuerpo" (Santibáñez y Osorio, 2002).

Para Platón (428 - 347 a.c.) toda alma (psyche) encuentra su asiento en el sistema nervioso central y esta alma estaría compuesta de dos partes un alma racional (ubicada en el cerebro) y un alma irracional cuyo asiento es la medula espinal. El alma racional tiene control sobre la irracional y es divina y eterna en tanto el alma irracional es mortal, fuente del placer, dolor, la imprudencia, la rabia, el amor. En Grecia además encontramos a Dioscórides (90 a 20 a.c.) conocido como el *farmacólogo griego* es considerado el creador de la primera farmacopea sistemática, sus cinco volúmenes de "De Materia Medica", contienen descripciones de alrededor de 600 plantas medicinales y más de mil medicamentos diferentes (Ruiz, 2003).

Rene Descartes (1596 - 1650) se basaba en la "duda", no sólo de las autoridades intelectuales, sino también del testimonio de los propios sentidos: señalando que no existe nada que atestigüe con seguridad que nuestra existencia despiertos sea más real que durante el sueño. Busca otorgarle a los razonamientos filosóficos, la misma solidez que las leyes matemáticas señalando que por encima de toda duda se encuentra el pensamiento como una existencia real **cogito, ergo sum** "pienso, luego existo" (Robinson y Garrantt, 2000).

Lo mental resulta tan evidente para él, que no necesita mayor análisis, lo somático, en cambio, puede compararse con una máquina,

al estar regido por las leyes de la materia además se encuentra sujeto a los errores de nuestros sentidos. Así separa lo somático (res extensa) de lo espiritual (res cogitans), este abismo entre el cuerpo y el alma lo fuerza a tender un puente artificial entre ambos, el punto de enlace propuesto sería la glándula pineal como el asiento del alma, la utilización de esta estructura ubicada en el centro del cerebro no es nueva, Herófilo, ya había señalado que la glándula pineal actuaba como la reguladora del flujo de los pensamientos (Barcia-Salorio, 2004).

Descartes puede ser considerado el primero que se atrevió a exponer las funciones del cuerpo humano, en especial del cerebro, de una forma mecánica, las consecuencias de su fuerte influencia llegan hasta el día de hoy. Por ejemplo, su división influyó determinadamente en la sucesiva búsqueda del asiento de los procesos mentales, además contribuyó a fomentar el desdén sobre la influencia central de los procesos mentales en la génesis y recuperación de enfermedades, esto ha traído consigo una difícil integración profesional entre médicos y psicólogos en el campo de la salud de los pacientes y el trabajo en equipo.

El Profesor de la Escuela Central de Medicina de la Universidad de París, Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808), se interesó por la relación de lo físico con lo moral y por la relación entre fisiología y psicología. Según sus conclusiones, serían procesos enteramente separados, que se conjugan por medio de una *oculta e incomprensible armonía* preestablecida al nivel cerebral, por otra parte afirmaba que el cerebro secreta pensamientos así como el estómago digiere alimentos (Wozniak, 1995). 200 años después la *oculta armonía* sigue siendo tema de estudios, elaboración de teorías y dolores de cabeza en la comunidad de científicos dedicados al tema, y la conciencia como un *producto* del cerebro sigue siendo un presupuesto tentador que se maneja en este campo.

Armand-Marie-Jacques de Chastenet (1751-1825) más conocido como *Marquis de Puységur* En 1784, expresó sus ideas y el resultado de sus observaciones en "*Mémoires pour servir a l'histoire et a l'établissement du magnétisme animal*". Lo relevante de este caso es que, a partir del magnetismo de Mesmer y las observaciones de Puységur, se llegó a concluir que: la creencia en la eficacia de la cura, el deseo de curar y la naturaleza de la relación entre el paciente y el "terapeuta" eran factores fundamentales del éxito de la intervención, estas ideas las encontramos hoy como las piedras angulares y punto de partida de la psicoterapia moderna.

No cabe duda, que ha sido en el siglo XX, cuando se han registrado los principales avances a nivel de sustancias psicoactivas, si bien el litio, como nuevo elemento metálico, fue descubierto en 1817 y a mediados de ese siglo fue utilizado para las depresiones sin una eficacia comprobada, fue el psiquiatra australiano John F. J. Cade quien, a finales de la década del 40, estudió nuevamente los efectos del litio. Inyectado en pacientes maníacos, los síntomas como euforia, hiperactividad y violencia desaparecieron dentro de la primera semana (Schou, 1990).

En 1954 aparece la clorpromazina y un año más tarde el meprobamato, los resultados de su uso como tratamiento psiquiátrico muy esperanzadores y no tan traumáticos como la psicocirugía de W. Freeman quien no obstante continuó defendiendo la lobotomía argumentando que la droga ocultaba los síntomas de la enfermedad mental pero no los trataba (Freeman y Watts, 1956) resulta curioso su argumento pues es el mismo que se podría aplicar para criticar la generalización de su procedimiento quirúrgico.

A inicios de los años 20, la psicología oficial se desmarca de los intentos por abordar los fenómenos de la conciencia, tomando un fuerte impulso el área conductista con John Broadus Watson (1878 – 1958) como principal responsable.

Watson se acerca a la psicología desde una perspectiva funcionalista, objetiva, de modo que sólo existe aquello que puede ser demostrado. La poca o más bien *nula* importancia que se le da al fenómeno de la conciencia en esa época queda de manifiesto en un artículo de 1913 en el cual señala: “*creo que se puede escribir un tratado de psicología sin utilizar nunca los términos conciencia, estado mental, mente u otro de la misma categoría*” (Watson, 1913) de este modo el estudio de la conciencia en psicología queda relegado por varios años a una mera curiosidad histórica. En los años 50 reaparece el interés por la conciencia de la mano del estudio de los estados alterados de conciencia, meditación, sueños y los mecanismos de retroalimentación (biofeed-back).

## Psicología y Psiquiatría

Tanto la psicología clínica como la psiquiatría asumen como propia la labor de dar tratamiento a las personas con trastornos mentales, no obstante esto, sus miembros están separados por la formación de los profesionales, con facultades, planes de estudio y departamentos universitarios diferentes, así como enfoques contrapuestos como *mentalistas* u *organicistas*. No se puede culpar a un determinado articulador de estas divisiones, más bien debe entenderse como el resultado de una concepción particular de ser humano dominante en un momento concreto de la historia (tradición dualista).

Hoy en día si bien se hacen esfuerzos, para compensar este distanciamiento, estamos lejos de considerarlo superado desde un punto de vista concreto, mas allá de las buenas intenciones.

A lo largo de la historia, incluso antes de que se acuñara el concepto “enfermedad” éstas, han sido terreno de la magia y la religión, las enfermedades mentales, quizá en mayor medida que el resto, cuestionándose continuamente la condición misma de enfermedad, ya sea atribuyéndoles un origen diabólico, en los tiempos antiguos,

o un origen netamente social en la mucho más reciente antipsiquiatría. Este tema de definir una patología no es menor, sólo a modo de ejemplos históricos Samuel Cartwright en 1851 describía una enfermedad, *la drapetomanía* como el deseo insaciable de los esclavos por fugarse, (Golub, E.,1996). Actualmente no resulta extraño escuchar hablar de *epidemia* frente a la violencia urbana pero resultaría más extraño no sorprenderse de este uso de conceptos.

En la Edad Media, la locura fue significada como una enfermedad demoníaca, el absolutismo de la época la articuló como una enfermedad moral. Posteriormente, el capitalismo incorporó un nuevo principio moral: *la utilidad*, entendida como un *ser productivo*. Como consecuencia, la locura se asoció a una *vida improductiva*. Y por tanto, mantenerlos apartados como estaban hasta entonces - de ésta sociedad productiva – no resultaba extraño. En resumen los médicos no encerraron a los *locos*, los encontraron encerrados y no suprimieron esta opción.

Con el descubrimiento de los neurolépticos, los enfermos mentales surgen como un nuevo grupo de consumo. Si bien la mayoría no esta en condiciones de asumir costosos tratamientos, la seguridad social interviene, esto resulta posible ya que para entonces los enfermos mentales se encuentran incluidos en el *saber médico*.

La psiquiatría ha sido la última de las especialidades médicas en ser aceptada como tal. Esto debido a que, si bien había alcanzado una nosología coherente y una fina descripción de cuadros clínicos, no contaba con “tratamientos” o “prescripciones” por lo cual era poco lo que podía hacer por sus pacientes. Los neurolépticos vinieron, retroactivamente, a dar sentido a esta especialidad permitiéndole formar parte reconocida de las especialidades medicas. Especialidades donde el médico sabe lo necesario acerca de la enfermedad que *lógicamente* el enfermo no sabe pero asume, así como tolera “*ser sabido*”.

Por otra parte, las intervenciones en la dimensión física del paciente practicadas por psicólogos, son una realidad, recordemos los tratamientos mediante biofeed-back, detectores de humedad para el control de la enuresis, terapias bioenergéticas, masaje terapéutico, etc. Sobre la base de esta perspectiva, los tratamientos psicofarmacológicos pueden considerarse como una lógica extensión del desarrollo de herramientas terapéuticas de la psicología (Barron, 1989).

En la actualidad podemos observar que fruto del desarrollo y perfeccionamiento de los neurolépticos, comenzó una relativa disminución de los sujetos hospitalizados y por otro lado éste desarrollo y constante evolución - para aliviar de manera más rápida los síntomas - influyó significativamente en las personas que esperan soluciones más rápidas, acordes al ritmo de vida actual, lo cual repercute positiva o negativamente en el tipo y número de personas que consultan al psicólogo.

El nuevo lenguaje en salud mental construye una identidad general de los deprimidos por sobre religión, lenguaje, territorio, condición social, etc. Los profesionales de este campo consultan el manual para de este modo, orientar la prescripción o enfoque teórico de tratamiento olvidando la sugerencia de G. Bateson de *Atesorar las Excepciones* (Bateson, 1997).

Los manuales actualmente utilizados tienen su historia que va desde principios del siglo 20 con el Primer Congreso Internacional de Estadística. CIE-1. En éste, las Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, incluyeron cuatro subcategorías de enfermedades mentales: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras. En un primer intento por limpiar de causalidades subjetivas los trastornos mentales.

Posteriormente la OMS, 1948, asumió la revisión del CIE-6, apareciendo los trastornos mentales, psiconeuróticos y de personalidad. Las siguientes ediciones: CIE-7 (1955), CIE-8 (1965), CIE-9 (1978) y CIE-10 (1992), fueron incorporando nuevas categorías diagnósticas, de acuerdo con los avances de la psiquiatría.

Por otro lado, El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana, publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I). Desde entonces se han publicado otras cuatro: DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994). El DSM-IV y sus revisiones intenta ser completamente compatible con el CIE-10.

Resulta curioso la importancia de conocer y manejar estos manuales por parte de las carreras de psicología, cuando en el fondo su intención es lograr limpiar de singularidades la psicopatología, singularidades que son parte esencial del trabajo psicológico. Esto obliga a cuestionarnos si basta con que se expongan opiniones o investigaciones procedentes de otras disciplinas para que podamos sentir que se fomenta la interdisciplina.

## Los Psicólogos y la Prescripción Psicofarmacologica.

**“while you and i have lips and voices which  
are for kissing and sing whith  
who cares if some one eyed son of a bitch  
invents an instrument to measure spring with?”**

**E.E. Cumming.**

La opción de utilizar psicofármacos en el campo de la psicología clínica, es un tema que no ha estado ajeno de controversias dentro de la psicología clínica norteamericana durante la última década (Youngstrom, 1991; Pachman, 1996).

Podemos mencionar ciertos hechos que nos acercan a este incierto debate, por un lado la convención de la American Psychological Association (A.P.A.) celebrada en agosto de 1995 en Nueva York, en ésta oportunidad el Consejo de Representantes votó, por abrumadora mayoría, reclamar a la sociedad "*prerrogativas legales para poder recetar*".

Por otro lado, se puede observar en ciertos planes renovados de estudio de la carrera de la mayoría de las facultades de psicología de España, una asignatura llamada Psicofarmacología, (Sanz, J.C.,1992). No obstante lo anterior, en los últimos años se observa una mayor preocupación sobre este campo que se refleja en la organización de cursos de psicofarmacología para psicólogos por diversas entidades públicas y privadas, (Sanz, J.C.,1998)

En Chile, el interés despertado por este tópico es considerable y preocupantemente menor, por no decir francamente nulo, lo anterior resulta una preocupante ceguera, pues no deberíamos restarnos de un debate que inevitablemente se asocia a la praxis clínica de la psicología e independientemente de las opciones de cada uno o del gremio, su debate contribuye a la revisión y desarrollo de esta, ya no tan joven, disciplina (más de 50 años de formación en el país).

¿Cómo iniciar una reflexión sobre los psicofármacos y su manejo por la psicología clínica? . Primero aclarando que la psicología clínica consta con tratamientos psicoterapéuticos y modelos de considerable efectividad para un número importante de alteraciones mentales. Sin embargo, resulta útil en ciertos casos el uso complementario de psicofármacos. Considerando lo anterior, si un profesional no se encuentra oficialmente autorizado para prescribir psicofármacos, tampoco lo estaría para poder retirarlos a ciertos pacientes frente a la evaluación de que resultan innecesarios o - más relevante aún - nocivos. (Fox, 1988).

Si consideráramos como válido el uso de medicamentos - para ciertos casos - en complemento a la psicoterapia, lo lógico sería entonces que esta prescripción la realizara un medico ¿por qué debería hacerlo un psicólogo? Quizá sea útil puesto que los psicólogos clínicos pocas veces desarrollan su trabajo junto a especialistas en psiquiatría, teniendo que derivar a sus pacientes para que reciban tratamiento psicofarmacológico, con la consiguiente pérdida de tiempo, sufrimiento y peligro para el enfermo. (Sanz, J.C. 1998)

Por otro lado, no se debe olvidar la influencia en las relaciones transferenciales entre pacientes y terapeutas por el uso de medicamentos (Pachman, 1996). No se debe olvidar tampoco la influencia en el "locus de control" frente al efecto terapéutico del fármaco que podría generar una cierta ambivalencia del paciente frente al psicoterapeuta y/o el farmacoterapeuta. Lo anterior se suma a la dependencia del psicólogo clínico frente al médico, dependencia que puede ser nociva cuando el médico no comparte la opinión sobre el diagnóstico y/o tratamiento frente a lo cual se cuestiona el vínculo además de entorpecer el tratamiento.

Como toda propuesta nueva, la alternativa de que ciertos psicólogos puedan prescribir psicofármacos suscita fuertes "resistencias" no sólo dentro del colectivo médico sino también dentro del propio gremio de la psicología. (Fox, 1989).

Dentro del gremio, esta opción puede ser vista como una pérdida de la identidad, pero el autor esta convencido de que la psicología es una disciplina bastante "*credida*" como para temer por su identidad por agregar una herramienta integradora más a su praxis. Sin embargo, si este temor persistiera y se acompañara del temor a que se escoja el camino cómodo de la medicación por sobre el tradicional trabajo de la palabra, sería simplemente la evidencia epistemológica de que no logramos ser lo suficientemente sólidos como para merecer considerarnos una disciplina particular.

No podemos quedar ajenos sin observar como hoy en día contar con psicotrópicos, resulta ser el complemento ideal para el ritmo de vida rápido y efectista que llevamos. Parecen ser el condimento justo para que el producto sea *idéntico* a los demás *igual de productivo* quizá sea un proceso evolutivo natural *cultura placebo*. Es decir, hoy en día debemos estar no sólo por sobre el malestar, sino que también debemos estar en forma, para lo cual junto al celular y la agenda electrónica se cuenta con lo que algunos autores denominan *psicofarmacología cosmética*.

Por otro lado, si las reticencias surgen por parte del gremio médico, especialmente los psiquiatras, se debería abrir el debate y la argumentación en bases científicas y no fundamentarse en intereses de tipo económico y posiciones corporativas. Esto, en la convicción de que ningún colectivo profesional debiera marcar las líneas o limitaciones del desarrollo profesional de otra disciplina.

Este debate y reflexión resultaría útil pues la incorporación de los tratamientos psicofarmacológicos a la praxis de la psicología, no puede hacerse de un modo improvisado.

## **Formación Universitaria de la Disciplina**

La formación universitaria de la psicología en Chile parte con el decreto del 20 de agosto de 1946 donde se aprueba el reglamento del Instituto Central de Psicología dependiente de la Facultad de Filosofía y Educación de la U. de Chile. Si bien esta disciplina o más bien dicho "lo psicológico" estuvo presente desde mucho antes en diferentes ámbitos de la educación universitaria, tanto nacional como regional, éste acto oficial resulta ser pionero en el cono sur, posteriormente en los años 60 se crea el Departamento de Psicología. (Descouvières, C., 1999. / Villegas, J., Toro J. P., 2001).

Lamentablemente, hoy en día la formación en las áreas biológicas que reciben los alumnos de pregrado resulta en la práctica, escasa o muy básica con lo cual se aleja de uno de los lineamientos originales de su reglamentación donde se señala que uno de sus objetivos será *promover las investigaciones psicobiológicas*. (Descouvières, C., 1999; pp. 71).

Lo anterior atenta significativamente contra la posibilidad de considerar el tema de este artículo como algo posible de articular en las aulas, para ello se debería desarrollar inicialmente un camino de formación que aborde las materias necesarias en el campo neurobiológico. Frente a esto, existen proposiciones de incluir estas materias añadidas al currículo ya existente (DeLeon y Wiggins, 1996) como formación breve. Por otro lado, existen opiniones que consideran necesario que el psicólogo clínico consuma una parte importante de su formación orientado a estas materias, con lo cual podría descuidar otros aspectos fundamentales de su entrenamiento específico (DeNelsky, 1996).

El informe elaborado por la "Task Force on psychopharmacology" de la Asociación Americana de Psicología (APA) en 1992, revisado más recientemente por Lorion (1996), reconoce la conveniencia de desarrollar un programa de formación para los psicólogos clínicos, encaminado al entrenamiento para el manejo de psicofármacos. Se proponen tres niveles para este entrenamiento; un nivel de formación básica en psicofarmacología de tipo teórico, un segundo nivel de práctica en colaboración con el médico especialista y un tercer nivel incluiría la autorización restringida para la prescripción de psicofármacos de acuerdo con la legislación profesional y estatal desarrollada para tal efecto (Sanz, J. C., 1998).

En el informe señala además que es improbable conseguir un adecuado desarrollo de estas competencias en menos de dos años, con una dedicación de tiempo total. Hace hincapié además, en considerar cuidadosamente los criterios de selección,



focalizados en aquellos psicólogos con la base necesaria de conocimientos en ciencias neuroconductuales. (J C Sanz, 1998). El mismo autor señala que, la formación en psicofarmacología debería realizarse a un nivel de post-graduado, incorporada en los planes formativos de especialización en psicología clínica y selectiva para aquellos profesionales que aspirasen voluntariamente a obtener su certificación (Op cit).

## A modo de conclusión

Tanto la psicología clínica como la psiquiatría se enfrentan a la tarea de resolver los problemas de los enfermos mentales, por tanto el proporcionar *salud mental* es la respuesta a una demanda social. Las concepciones *mentalista* así como las *organicistas* de la función mental han derivado en dos grandes enfoques de tratamiento: la psicoterapia y la farmacoterapia.

¿Cuál resulta ser el enfoque más eficaz? En una sociedad moderna y orientada racionalmente, abordar esta controversia sería sólo un tema de investigación, trabajo en conjunto y tiempo. Proponer una respuesta no debe partir de la noción de que un enfoque supere y destierre al otro, como sucedió hace algunos años cuando el psiquiatra Sergio Peña-lillo afirmó en un medio de prensa nacional que la verdadera psicoterapia era la farmacoterapia relegando el trabajo de la psicología a una simple conserjería (counseling) o educación para vivir mejor, de eso hace tiempo por lo cual no recuerdo sus argumentos pero si recuerdo que su peso era al menos relativo, como relativos fueron también la mayoría de los argumentos de sus detractores.

La solución no debe suponer que una técnica terapéutica destierre a la otra (la derrote), debiera suponer en cambio que cada caso es particular y por tanto se debe abordar cada uno por separado o en conjunto cuidando de no caer en un eclecticismo acomodaticio sino más bien centrados en la honradez profesional.

Esto sobretodo cuando quedan muchas interrogantes acerca de la biología de los trastornos mentales, desconociéndose de manera categórica las causas biológicas específicas para cualquiera de estos trastornos. Incluso se afirma que es un hecho no reconocido el que los psiquiatras son los únicos especialistas médicos que tratan trastornos que, por definición, no tienen causas o curaciones conocidas.

En el campo de la formación profesional, la psicología se nutre de otras disciplinas para crecer, para transformarse, no se puede ni debe perder el aporte de quienes pueden pensar desde otros fundamentos. La mejor forma de asesinar una idea es venerarla y enajenarla de la refutación y la crítica.

Si bien existen en el país y en otros países, control y autorización limitados para la prescripción específica de fármacos en un determinado campo de actuación, siendo un procedimiento que funciona con otros profesionales no médicos, y por tanto en el caso de los psicólogos clínicos significaría simplemente extender este procedimiento, la discusión sobre si el psicólogo podría prescribir medicamentos vinculados a su campo se debe iniciar en las universidades, en investigaciones, en la búsqueda de argumentos serios y alejados de intereses mezquinos.

Si el psiquiatra puede hacer psicoterapia, luego de una determinada *formación*, ¿por qué no puede suceder lo mismo a la inversa? ¿Es acaso tan exclusivo un determinado cuerpo de conocimiento?. Una argumentación de este tipo no se sostiene. Más que suposiciones e imposiciones de poder, necesitamos más debate científico, es decir, el debate que resulta de los eternos inconformistas, que por si no recuerdan, son los que hacen ciencia.

## Referencias:

- Barcia-Salorio, D.** (2004) "Introducción histórica al modelo neuropsicológico", *Revista de Neurología*, 39 (7) p.668-681.
- Bateson, G.** (1997) "Espíritu y Naturaleza" Editorial Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- Barron, J.** (1989). *Prescription Rights: Pro and Con. Should psychologist seek the same responsibilities as psychiatrists?*. The *Psychoterapy Bulletin*, 24: 22-24.
- Decouvieres, Carlos.** (1999) "Lo psicológico en los anales de la Universidad de Chile", Documentos anexos, Anales de la Universidad de Chile sexta serie N0 2.
- DeLeon, PH. and Wiggins, JG.** (1996). Prescription Privileges for Psychologists. *American Psychologist*, 51: 225-229.
- DeNelsky, GY.** (1996). The Case Against Prescription Privileges for Psychologist. *American Psychologist*, 51: 207-212.
- Fernández Ch, Pablo.** (2002) "La sociedad que piensa y que piensa la sociedad; razones para hacer una psicología colectiva", Cuadernos de Psicología Social Universidad Arcis, Santiago, Chile.
- Fox, R.** (1988). *Prescription Privileges: Their Implications for the Practice of Psychology*. *Psychoterapy*, 25: 501-507.
- Fox, R.** (1989). *Some Practical and Legal Objections to Prescription Privileges for Psychologist*. *Psychoterapy in Private Practice*. 6, 23-30.
- Golub, Edwards S.** (1996). *Los Limites de la Medicina*. Editorial Andrés Bello, Santiago.
- Lorion, R.P.** (1996). *Applying Our Medicine to the Psychopharmacology Debate*. *American Psychologist*, 51: 219-224.
- Pachman, JS.** (1996). *The Draw of a Revolution in Mental Health*. *American Psychologist*, 51, 213-215.
- Robinsón, D. Garrant, C.** (2000) "Descartes para principiantes" Editorial Era naciente Buenos Aires.
- Ruiz, J.G., Hernandez, I., Ruiz, M.A.** (2003) *Antecedentes de la farmacología en medicina veterinaria y humana*. AMMVEPE, Vol 14, N° 1, Enero-febrero; pp.16-19.
- Santibáñez - H, G. Osorio, H.** (2002) "El objeto de la psicología I". *Revista de psicología U. De Chile* Vol. XI N01, pp.89-104.
- Sanz, J.C.** (1998). *Tratamiento Psicofarmacológicos en psicología clínica*, Papeles del Psicólogo Febrero , n° 69 , 1998
- Schou, Mogens.** (1990) "Profilaxis con litio en la enfermedad maniaco-depresiva: una perspectiva histórica". *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*; 28: 3-11.
- Villegas, Julio. Toro, J.P.** (2001). *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. Sociedad Interamericana de Psicología SIP; pp 171-228.
- Watson, J. B.** (1913) "Psychology views as the behaviorist it", *Psychological Review* 20, 158-177.
- Wozniak, Robert H.** (1995) "Mind and Body: Rene Descartes to William James". *Bryn Mawr College, Serendip*. Originally published in 1992 at Bethesda, MD & Washington, DC by the National Library of Medicine and the American Psychological Association. <http://serendip.brynmawr.edu/Mind/>.
- Youngstrom, N.** (1991). *Membership poll supports prescribing*. *APA Monitor*, 22, 20.

## Otros artículos recomendables para consultar:

Gutiérrez, P.M. y Silk, K.R. (1998). *Prescription privileges for psychologists: A review of the psychological literature*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 213-222.

Jansen, M. and Barron, J. (1988). *Introduction and Overview: Psychologist' Use of Physical Interventions*. *Psychoterapy*, 25: 487-491.

## Las revistas donde se pueden encontrar más artículos publicados sobre el tema son:

*Professional Psychology. Research and Pactice, American Psychologist, Canadian Psychology.*