

**¿Domina el Cerebrocentrismo el Tratamiento de la Depresión?
El Rol de la Psicología en la Atención Primaria en España**

Andrea Traverso Fernández

Grado de Psicología
Trabajo Final de Grado - Historia, Ciencia y Profesión

Universitat Oberta de Catalunya

Índice

Introducción.....	2
Metodología.....	4
Capítulo 1: El Cerebrocentrismo.....	5
1.1. ¿Qué es el Cerebrocentrismo?.....	5
1.2. El Modelo Biomédico: ¿Cómo se Relaciona con el Cerebrocentrismo?.....	6
1.3. El Modelo Biomédico: ¿Qué Limitaciones Presenta?.....	9
<i>Reificación.....</i>	10
<i>Falta de evidencia.....</i>	11
<i>Inespecificidad.....</i>	13
Capítulo 2: El Modelo Biopsicosocial.....	14
2.1. ¿Qué es el Modelo Biopsicosocial?.....	14
2.2. Lo -Psico del Modelo Biopsicosocial: ¿Se Aplican las Psicoterapias en España?.....	15
2.3. ¿El Modelo Biopsicosocial Desplaza el Cerebrocentrismo?.....	18
Capítulo 3. La Psicología y lo Psicológico.....	22
3.1. Lo Psicológico: ¿Una Ontología Propia?.....	22
3.2. Nuevo Paradigma del Comportamiento: la Cognición 4e.....	26
Conclusiones.....	28
Bibliografía.....	31

Introducción

La depresión es uno de los trastornos mentales con más prevalencia en España. En el último informe disponible de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (de ahora en adelante, BDCAP, 2020) con datos del 2017 emitido por el Ministerio de Sanidad, “el 57,4% de las mujeres y el 45,3% de los hombres con depresión tiene prescrito al menos un envase de antidepresivo, y de ansiolítico el 49,9 y el 37,3% respectivamente” (p. 41). El Ministerio de Sanidad estima, a partir de 2.140.584 personas registradas, que para la depresión existe una tasa de prevalencia de 46,8 personas por cada 1.000 atendidas en atención primaria, es decir, que de cada 100 personas atendidas en atención primaria, 4 tienen depresión (2023, Anexo P76).

La importancia de la salud mental no es baladí. Según el último informe del Consejo Económico y Social de España (CESE, 2024), “los problemas de salud mental constituyen la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, después de las enfermedades osteomusculares” (p. 143). La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) estima que los problemas de salud mental suponen un coste equivalente al 4% del PIB en los países de la Unión Europea. Dicho presupuesto supone un coste de 190.000 millones de euros destinados al gasto directo en asistencia sanitaria, 170.000 millones destinados a programas de seguridad social y 240.000 millones en costes indirectos relacionados con el mercado laboral a consecuencia de la reducción de empleo y caídas de productividad. También en el caso de España, para los problemas de salud mental se estima un “coste equivalente al 4,2 por 100 del PIB” (CESE, 2024, p. 143).

Sin embargo, a pesar de la gravedad de los datos epidemiológicos y sus implicaciones en el bienestar de la población y en la economía del país, el CESE (2024) reconoce que “la salud mental recaba una porción reducida de los recursos del sistema en términos de personal especializado”, entendiendo por este personal a los psiquiatras, estimando un ratio de “10 psiquiatras por cada 100.000 habitantes” que sitúa a España por debajo de la media europea (p. 144).

De acuerdo con autores como Requena (2022), Fonseca-Pedrero et al. (2021), e instituciones como la American Psychiatric Association (de ahora en adelante, APA) (2012), la utilidad y la eficacia de las terapias psicológicas están bien

documentadas empíricamente para el tratamiento de los trastornos mentales. Sin embargo, según los datos registrados en el último informe sobre el sistema sanitario que ha emitido el CESE (2024), España se sitúa a la cabeza de la Unión Europea como uno de los países con mayor consumo de antidepresivos, siendo el tercer país de la Unión Europea con registros más altos.

Asimismo, en el informe de la BDCAP (Ministerio de Sanidad, 2023) se estipula que el profesional de referencia para abordar trastornos como la depresión es el psiquiatra, no el psicólogo clínico (p. 3). De hecho, no se proporcionan datos de cuántas personas acceden al psicólogo clínico tras acudir a atención primaria. Actualmente, según datos del Ministerio de Sanidad (BDCAP, 2023, p. 33), solo se tiene constancia de que el 41% de las personas registradas con depresión tienen al menos una interconsulta con un especialista, siendo este especialista el psiquiatra. Como ya analizaban Pérez y Fernández (2008), esto puede sugerir que la mayor parte de antidepresivos son prescritos por el propio médico de familia o médico de cabecera, lo que conduce a la hipótesis de que quizá el problema no sólo se relaciona con una falta de recursos sino con una elección teórica sobre la depresión y un modelo de la atención médica que lo sustenta.

Los anteriores datos, en especial la ya mencionada evidencia probada de la eficacia de las psicoterapias reconocidas por la APA (2012), suscitan varias preguntas, tales como por qué el uso de psicofármacos sigue estando a la cabeza de los tratamientos para el Trastorno Depresivo Mayor (de ahora en adelante, TDM) y por qué la especialidad de referencia para abordar la depresión es la psiquiatría. Si la mejor intervención para un problema de esta índole es la psicoterapia, una tecnología de la psicología, parece razonable esperar que sea aplicada por el profesional competente: el psicólogo clínico. ¿Por qué entonces no se está dando esa realidad? ¿Es sólo una cuestión de recursos económicos lo que lo impide u obedece a otras razones?

El presente trabajo tiene por objetivo dar respuesta a cuál es el enfoque actual a la hora de abordar la depresión en el sistema sanitario español, qué errores conceptuales y epistémicos subyacen a este enfoque, y qué lugar tiene lo psicológico en el tratamiento de la depresión (y de los trastornos en general) en el sistema sanitario español.

Metodología

En este trabajo se sostiene la hipótesis de que el tratamiento de la depresión en España entiende este trastorno como una enfermedad que debe ser tratada exclusivamente desde el cerebro. En primer lugar, se explicará esta tendencia reduccionista, conocida como cerebrocentrismo, y cómo está presente tanto en el modelo biomédico como en el modelo psicosocial. A estas tareas se dedicará, respectivamente, el primer y segundo capítulo. En ambos casos, mostraremos cómo tanto su aplicación defectuosa como sus presupuestos giran en torno al cerebro (presuntamente disfuncional) como nivel de análisis para explicar y tratar el comportamiento psicopatológico. En el tercer capítulo, se presentan a modo de sugerencia algunas propuestas teóricas que prestan a la psicología la atención que se merece. Finalmente, se ofrecen unas conclusiones con los resultados obtenidos.

Por otro lado, si bien es cierto que se plantean argumentos generales acerca de la concepción de los trastornos mentales, cabe aclarar que se incide especialmente en la depresión debido a su elevada prevalencia e incidencia en España, además de ser uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. En los últimos años, la incidencia de la depresión en la población española se ha incrementado, pasando en 2010 de las cerca de 14 mil consultas realizadas a 26 mil en 2021, según datos registrados en el último informe sobre el sistema sanitario emitido por el Consejo Económico y Social de España (CESE, 2024).

Para este propósito, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en plataformas como PubMed, Psycinfo, APA.org, ScienceDirect, Dialnet y la Biblioteca UOC. Esta búsqueda incluye tanto estudios empíricos recientes sobre la evidencia disponible de tratamiento para el Trastorno Depresivo Mayor como bibliografía básica fundamental que sustenta, filosófica y científicamente, la práctica clínica desde la mirada de la psicopatología y psiquiatría. En este sentido, se toman como autores de referencia a Marino Pérez, Elena Requena, Steven C. Hayes, Scott Lilienfeld, Joanna Moncrieff, Dan Joseph Stein, Denny Borsboom, Cristian Saborido y Óscar Teixidó. La elección de tales autores a la cabeza nos permite abarcar distintas disciplinas implicadas en la cuestión de este trabajo, como lo son la filosofía de la psicología, de la medicina y de la psiquiatría, hasta revisiones sistemáticas de estudios empíricos e investigaciones críticas de psicología clínica.

Los problemas metodológicos que se han presentado durante la elaboración de este trabajo guardan relación con la falta de evidencia empírica general sobre la práctica clínica desde diferentes enfoques, como desde el modelo biopsicosocial. En especial, las dificultades para unir argumentos filosóficos con evidencia clínica (por ejemplo, cómo afecta asumir unos presupuestos epistémicos frente a otros a la hora de hacer investigaciones o tratamientos).

Capítulo 1: El Cerebrocentrismo

1.1. ¿Qué es el Cerebrocentrismo?

Según Lilienfeld et al. (2015), las revistas cada vez publican un porcentaje mayor de artículos dedicados a establecer correlatos biológicos a comportamientos y a los psicólogos se les exige más este tipo de investigaciones para recibir subvenciones. Autores como Pérez (2018c) afirman que la psicología está siendo desplazada por una visión neurocéntrica y cerebrocéntrica, la cual corre el peligro de subsumirse bajo las neurociencias y la psiquiatría.

En el marco de esta preocupación, el *cerebrocentrismo* se conceptualiza como la tendencia de explicar y tratar los comportamientos en términos cerebrales, es decir, en términos de la actividad cerebral o “lo que pasa” en el cerebro. Así, el comportamiento humano se describe en función de los procesos cerebrales, como si surgiera de manera ascendente o de abajo hacia arriba (*bottom-up*) (Teixidó, 2023; Eriksen et al., 2013). Un ejemplo clásico para ilustrarlo sería enfocarse en la actividad de los neurotransmisores o áreas cerebrales como la amígdala, mediante técnicas como la resonancia magnética, para comprender y tratar la apatía.

El cerebrocentrismo se relaciona estrechamente con el *fisiologismo*, ya que los estados psicológicos que se consideran anormales también se explican en términos de procesos neurofisiológicos que ocurren en el cerebro (Teixidó, 2023). Por ejemplo, la ansiedad podría explicarse por la hiperactivación del sistema nervioso simpático y los niveles elevados de cortisol en sangre.

Asimismo, cabe mencionar que el cerebrocentrismo es un término que suele emplearse indistintamente como sinónimo de *neurocentrismo*, y lo mismo a la inversa. En rigor, el neurocentrismo es un enfoque más descentralizado, pues

abarca los componentes del sistema nervioso central (de ahora en adelante, SNC) así como también sus conexiones periféricas, como la médula espinal, los nervios sensoriales y los nervios simpáticos, entre otros (Teixidó, 2023). En cambio, el cerebrocentrismo es más restrictivo, limitándose a los procesos cerebrales sin considerar el sistema nervioso en su totalidad (central y periférico).

Pérez incluye en esta tendencia reduccionista a los procesos cognitivos, lo que en sus términos implicaría más un “mentalismo” que un cerebrocentrismo (2018b; Pérez y Fernández, 2008). No obstante, y por mor de la complejidad, aquí se decide restringir la cuestión al cerebrocentrismo más estrictamente neurobiológico.

De esta manera, según varios autores, el cerebrocentrismo puede definirse más concretamente como la propensión de los académicos a adoptar el cerebro y sus componentes como “el nivel de análisis inherentemente más apropiado para conceptualizar y tratar los fenómenos psicológicos, incluidos los trastornos mentales” (Lilienfeld et al., 2015, p. 173, [traducción propia]; Deacon, 2013; Teixidó, 2013; Pérez; 2018a). En el contexto de los trastornos mentales como el TDM, el cerebrocentrismo centra su nivel de análisis en los neurotransmisores, neuromoduladores y receptores que se corresponden con el comportamiento conceptualizado como anormal o patológico (Lilienfeld et al., 2015). Como se verá a continuación, este nivel de análisis tiene presupuestos en común con un modelo de la enfermedad que se piensa superado.

1.2. El Modelo Biomédico: ¿Cómo se Relaciona con el Cerebrocentrismo?

En la década de 1970, George Libman Engel, un médico psiquiatra estadounidense experimentado en trastornos psicósomáticos, argumentó que el modelo dominante de concebir y tratar las enfermedades era el *modelo biomédico*, y lo caracterizó como un modelo que descuidaba las dimensiones psicológicas, sociales y culturales a la hora de abordar el origen y el tratamiento de las mismas (Engel, 1977; Stein et al., 2024; Requena, 2022).

El «modelo biomédico», también conocido como «modelo biológico» o «modelo de enfermedad», es una concepción de la enfermedad general que se atribuye comúnmente a la idea de que toda patología y dolencia es causada por una disfunción fisiológica específica (Requena, 2022; Hayes y Hofmann, 2019;

Borsboom y Cramer, 2013; Deacon, 2013; Saborido, 2020; Pérez y Fernández, 2008). Este enfoque caracteriza la «salud» como la ausencia de enfermedad, lo que implica que la intervención médica para resolverla se centre en identificar y corregir anomalías en el organismo, generalmente recurriendo a dos estrategias básicas: el diagnóstico médico, que emplea técnicas para evaluar la integridad y función de órganos y sistemas, y la intervención, dirigida a restablecer un estado biológico considerado «normal», ya sea mediante alteraciones anatómicas (operaciones quirúrgicas) o reequilibrios químicos (el uso de fármacos) (Saborido, 2020).

Este modelo ha permitido y permite generar tratamientos curativos, logrando notables avances en la recuperación de la salud física. Gracias a este modelo se han podido conocer las predisposiciones genéticas y fallos estructurales cerebrales de algunos trastornos psicológicos, influenciando profundamente disciplinas como la psicología y la psiquiatría (Saborido, 2020; Requena, 2022). Por este motivo, notables psicólogos y psiquiatras de orientación biológica han sostenido que los trastornos mentales son consecuencia directa de disfunciones neurobiológicas específicas, lo que ha llevado a identificar la psicopatología como un reflejo de un mal funcionamiento cerebral objetivo (Stein et al., 2024; Saborido, 2020; Requena, 2022; Fellin et al., 2024).

En lo que refiere a los trastornos mentales, el modelo biomédico, al igual que el cerebrocentrismo, también interpreta el Trastorno Depresivo Mayor como una condición física anormal definida por la presencia de alteraciones o disfunciones biológicas, esencialmente del sistema nervioso central (Requena, 2022). Así es que, influenciada por este marco explicativo, la psicopatología solía nombrar como «enfermedad mental» a lo que hoy se conoce como “trastorno mental”, pues la depresión la concebía como una enfermedad orgánica más (Requena, 2022).

Esta concepción de la depresión y otros trastornos psicológicos encuentra su justificación en el *fisicalismo* (Churchland, 2015; Teixidó, 2023). Este fundamento sostiene que las propiedades ontológicas¹ del comportamiento se pueden reducir a un único tipo: las físicas. Más concretamente, el fisicalismo puede ser *eliminativista* (las propiedades de los fenómenos psicológicos no existen, solo son propiedades neurobiológicas) o *no-eliminativista* (se reconocen propiedades emergentes pero

¹ La *ontología* es una parte de la filosofía que trabaja sobre los “sistemas existentes más generales del mundo, sus propiedades y categorías” (Teixidó, 2023, p. 41).

igualmente se reducen a sumas de subsistemas físicos) (Teixidó, 2023, p. 180; Lilienfeld et al., 2015; Deacon, 2013).

En cualquier caso, el fisicalismo entiende los fenómenos psicológicos como un “espejismo” de lo que realmente está afectado: el cerebro (Teixidó, 2023, pp. 179-180; Pérez, 2018a, 2018b, 2021). Los fenómenos psicológicos son meros subproductos o “efectos secundarios” de la actividad cerebral sin influencia causal determinante en la materia, pero que el sujeto tiene la ilusión de experimentar como independientes. Esta tesis se encuadra en un marco fundamental ontológico conocido como *reduccionismo de propiedades* (Teixidó, 2023, p. 188), que postula que las experiencias psicológicas, como las obsesiones y las compulsiones, pueden ser explicadas y tratadas en términos de sus propiedades neurobiológicas (por ejemplo, falta de serotonina) (Teixidó, 2023; Deacon, 2013; Lilienfeld et al., 2015; Saborido, 2020; Moncrieff et al., 2023).

En consecuencia, los trastornos mentales como el TDM se conciben como *entidades naturales* discretas (Stein et al., 2024; Requena, 2022; Fonseca-Pedrero et al., 2021; Saborido, 2020; Pérez y Fernández, 2008).

Lo que se pretende al enfatizar que son entidades naturales es que bajo esta perspectiva los trastornos “vienen dados”, en el sentido de que son independientes de las descripciones que nosotros hacemos de ellos (Requena, 2022; Saborido, 2020); se conciben como hechos orgánicos que vienen determinados por presentar ciertos genes, por una disfunción neurofisiológica en una vía del cerebro o en los neurotransmisores, como, por ejemplo, tener menos dopamina en la vía nigroestriada (APA, 2014; Hayes y Hofmann, 2019; Stahl, 2023). Por tanto, al asumir este presupuesto epistémico², los profesionales de la salud mental tienden a tratar problemas psicológicos como la depresión como enfermedades médicas, es decir, mediante diagnósticos y medicación (Hayes y Hofmann, 2019).

En este sentido, el cerebrocentrismo parece partir por tanto de unos presupuestos cargadamente reduccionistas, pues pone el acento en la actividad cerebral anormal para justificar y tratar trastornos psicológicos como la depresión, del mismo modo que el modelo biomédico establece que las psicopatologías son producidas por “anormalidades biológicas subyacentes (de tipo genético,

² La *epistemología* es la “parte aplicada y normativa de la teoría del conocimiento”, desde la cual se estudia la posibilidad, el alcance y los fundamentos del conocimiento (Teixidó, 2023, p. 343).

bioquímico, neurológico, etc.)” (Requena, 2022, p. 51). En consecuencia, la intervención desde una perspectiva cerebrocéntrica se limita a actuar sobre dichas alteraciones biológicas, hecho que parece compatible con lo que observamos en los servicios sanitarios, pues al asumir este reduccionismo, la consecuencia lógica esperable es la de tratar a las personas con problemas psicológicos desde el nivel cerebral.

Es aquí entonces cuando la primacía de la medicina como especialidad para tratar la depresión puede explicarse, ya que, si asumimos que la depresión es únicamente, o al menos predominantemente, una enfermedad del cerebro, entonces debemos tratarla en su nivel molecular, es decir, tratando al cerebro (sus vías y neurotransmisores). Esta reversión es precisamente lo que prometen los psicofármacos: intervenir directamente en los mecanismos neuroquímicos que subyacen supuestamente a los síntomas depresivos para así corregirlos, justamente lo que parece que sucede en Atención Primaria en España cuando se prescriben psicofármacos como tratamiento de primera línea para tratar la depresión.

Este planteamiento es el que lleva a muchos psicólogos y profesionales de la salud mental a manifestar que el modelo biomédico, aunque se creía superado, sigue vigente subrepticamente en España gracias al cerebrocentrismo que copa la psicología. Autores como Lilienfeld et al. (2015) o Pérez (2018a, 2018b, 2018c), manifiestan la necesidad de exponer las dificultades ontológicas y epistémicas que hacen inadecuado a un enfoque de “enfermedad del cerebro” para el tratamiento de la depresión para así evidenciar la pobre justificación de su actual vigencia en España.

1.3. El Modelo Biomédico: ¿Qué Limitaciones Presenta?

Como vemos, el enfoque cerebrocentrista parece ser la puerta de entrada para el modelo biomédico, ya que tratar los trastornos mentales como la depresión *desde* el cerebro implica que el modelo biomédico pueda tratar el TDM y otros trastornos como enfermedades médicas equiparables a “la presión arterial alta o la diabetes” (APA, 2023, [traducción propia]). Sin embargo, no tenemos buenas razones para pensar que lo son. A continuación se expone brevemente por qué.

Reificación

En medicina, lo observable (síntomas clínicos) se explica por medio de un pequeño conjunto de variables latentes, al igual que los síntomas se explican por los trastornos (Hayes y Hofmann, 2019; Borsboom y Cramer, 2013; Saborido, 2020). Bajo este modelo, la depresión es una variable latente que causa síntomas observables como la fatiga. En este sentido, medicina y psicopatología se disponen análogamente.

En contraste con la medicina, en psicopatología no se puede separar la condición psicopatológica de sus síntomas. En medicina, un tumor es una entidad natural, es decir, una entidad empíricamente identificable y conceptualmente separada de sus efectos sintomáticos (uno puede tener dolores de cabeza sin presentar un tumor cerebral y también puede presentar un tumor cerebral sin tener dolores de cabeza) (Borsboom y Cramer, 2013). En cambio, en psicopatología, trastornos mentales como la depresión mayor no pueden separarse de sus síntomas porque, de hacerlo, sería imposible identificarlos. Esto se debe a que los trastornos mentales no son entidades naturales como lo es un tumor y, por tanto, no existe una prueba de laboratorio para detectar la depresión (Hayes y Hofmann, 2019; Borsboom y Cramer, 2013; Deacon y McKay, 2015; Saborido, 2020). Así, tal y como ejemplifican los autores Borsboom y Cramer (2013), si el TDM fuera una condición que existiera independientemente de sus síntomas, entonces debería ser posible estar deprimido sin sentirse triste o desmotivado (que son los síntomas centrales del TDM según define el DSM-5). De manera similar, si el trastorno por consumo de sustancias “fuera una enfermedad que se pudiera identificar, entonces sería posible tenerlo sin sufrir ataques de pánico” (p. 95, [traducción propia]).

Este proceso de “cosificar” los trastornos, es decir, de convertirlos en “cosas” separadas de los síntomas que los definen es a lo que refiere la **reificación**: un tipo de **falacia** que describe la tendencia de convertir entidades abstractas difícilmente cuantificables o determinables por sus cualidades en entidades concretas e independientes (Teixidó, 2023, p. 175).³

³ Otro ejemplo de reificación sería decir ‘La naturaleza ha diseñado a los seres racionales’, ya que la naturaleza es una entidad abstracta, no concreta, y, por tanto, no puede, al menos en principio, diseñar nada.

Debido a la naturaleza etiológica del problema, en psicopatología y psiquiatría se recurre al **criterio clínico** para evitar cualquier forma de reificación. No obstante, el concomitante diagnóstico se basa en la observación de ciertos síntomas comportamentales considerados negativos. Dado que en estas disciplinas rara vez es posible identificar un trastorno mental como resultado de un fallo orgánico, y que trastornos como el TDM no presentan causas genéticas, cerebrales o fisiológicas específicas asociadas, esto implica que el TDM no puede existir como una entidad independiente de sus síntomas (a diferencia de un tumor, como se comentaba). Por ende, intentar tratar el TDM de manera análoga a la forma en que se tratan las condiciones médicas, es, en la elocuente expresión de Borsboom y Cramer, “como intentar ensillar un unicornio” (2013, p. 98, [traducción propia]).

Además, en el caso de la psicopatología, la etiología de los trastornos es diversa y muy diferente de las enfermedades médicas típicas en las que la relación entre síntomas y enfermedad es causalmente asimétrica (el tumor causa visión borrosa pero no al revés) (Saborido, 2020). En este sentido, en psicopatología, los trastornos mentales pueden ser causados por diferentes factores ambientales como un estado de estrés crónico, una enfermedad o un “acontecimiento vital adverso” como la muerte de un ser querido, que puede desencadenar los síntomas característicos del TDM como el insomnio (y que semanas más tarde puede culminar en un episodio completo de TDM) (Borsboom y Cramer, 2013, p. 96, [traducción propia]; APA, 2014).

Tal y como apunta Requena (2022, p. 52), un enfoque biomédico de la psicopatología elabora las categorías diagnósticas presuponiendo que cada trastorno mental es “una entidad clínica muy bien definida, con una sintomatología, un curso, un pronóstico, una etiología y un tratamiento”. Pero esto es incorrecto. Los trastornos o categorías no se diferencian claramente de las otras categorías (Hayes y Hofmann, 2019), ni siquiera de la categoría “no-trastorno”, hecho que la misma APA ya reconoce (2014).

Falta de evidencia

Requena (2022) y Borsboom y Cramer (2013) sugieren que, dada la evidencia actual, deberíamos evitar la conclusión de que los síntomas del mismo trastorno

sean causados uniformemente por una única condición biológica, no por negar la realidad de posibles afecciones biológicas que subyacen a ciertos trastornos psicológicos, sino por prudencia científica.

Son conducidos a esta conclusión, en parte debido a la falta de evidencia científica de las causas genéticas y neurobiológicas como causa de la depresión (Requena, 2022; Hayes y Hofmann, 2019; APA, 2014). Por ejemplo, en un reciente estudio de Moncrieff et al. (2023), se afirma que “las principales áreas de investigación sobre la serotonina no proporcionan evidencia consistente de que exista una asociación entre la serotonina y la depresión, y no respaldan la hipótesis de que la depresión sea causada por una menor actividad o concentración de serotonina”. De hecho, hallaron que “algunas evidencias fueron consistentes con la posibilidad de que el uso prolongado de antidepresivos reduzca la concentración de serotonina” (p. 1, [traducción propia]).

No menos reseñables son las condiciones de los estudios que investigan la efectividad de los antidepresivos, siendo la amplificación del placebo exacerbada en personas que han tomado antidepresivos antes de los experimentos en los que se prueba su eficacia (Moncrieff y Cohen, 2006), o la singularidad del individuo enmascarada por los promedios estadísticos de grupos excesivamente homogéneos que emplean los métodos de los ECA (Ensayos Clínicos Aleatorizados) (Eriksen et al., 2013).

Por otro lado, la misma APA en un artículo abierto al público confirmó que el mecanismo preciso de acción de los medicamentos psiquiátricos “no se comprende completamente”, y que los medicamentos pueden cambiar “la señalización química y la comunicación dentro del cerebro” con los efectos secundarios fisiológicos y conductuales que ello comporta (2023, [traducción propia]). Sin ir más lejos, en el propio manual de referencia para los psicólogos y psiquiatras, el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), también “se reconoce que los criterios diagnósticos actuales para cada trastorno no identifican necesariamente un grupo homogéneo de pacientes que pueda ser caracterizado con fiabilidad con todos estos factores validantes” (APA, 2014, p. 20) y se declara que “hasta que se identifiquen de forma incontestable los mecanismos etiológicos o fisiopatológicos que permitan validar por completo un trastorno o un espectro de trastornos específico, la regla más importante para establecer los criterios del trastorno del

DSM-5 será su utilidad clínica” (p. 20). Además, se concluye que “el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento” (p. 20) y se advierte que “para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico” (p. 19); incluso se reconoce que “no ha sido posible separar por completo las expresiones de los síntomas normales y patológicos que se incluyen en los criterios diagnósticos” (p. 21) y que “se ha llegado a la conclusión de que los límites entre trastornos son más permeables de lo que inicialmente se percibía” (p. 6).

Inespecificidad

En línea con el apartado anterior, se reconoce que las categorías diagnósticas carecen de validez discriminante. Es decir, no se dispone de criterios lo suficientemente fiables para diferenciar los trastornos según sus síntomas. Como señala Requena (2022, p. 79), “la realidad no es categorial y esto provoca tanto la patologización de los problemas cotidianos de la vida como el fenómeno de la comorbilidad”. Por este motivo se afirma que los trastornos mentales presentan una excesiva comorbilidad (APA, 2014): tal y como se han establecido los criterios psicopatológicos de diagnóstico, un síntoma puede ser compatible con múltiples trastornos. Así, por ejemplo, el delirio, uno de los principales síntomas psicóticos, no siempre implica un estado psicopatológico, ya que también puede aparecer tras el consumo de drogas o tras un episodio de fiebre elevada (Requena, 2022). Miyazono y Bortolotti explican que son comunes, por ejemplo, los “casos de fabulación en los que no se observa ningún déficit” (2021, p. 211).

Otra carencia importante se relaciona con la validez del constructo, pues en la base del DSM, así como de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades publicado por la OMS), “no hay una fenomenología⁴ que describa la estructura de los problemas psicológicos” (Requena, 2022, p. 79). Además, como señalan Moncrieff y Cohen (2005), los psicofármacos inducen cambios en el organismo de los que se deduce su acción terapéutica por los cambios en los síntomas. Dado que los síntomas son inespecíficos, pueden aliviar síntomas depresivos por su impacto en el estado general, pero no se debe a que actúen sobre un “déficit”.

⁴ La fenomenología es el estudio de las estructuras de la conciencia experimentadas desde el punto de vista en primera persona (Pérez, 2018a).

Aceptar este enfoque tendría consecuencias indeseables, pues mismamente el alcohol podría concebirse como un “tratamiento”, si se considera su capacidad para reducir la anhedonia. Ciertamente, no es que su consumo corrija la patología subyacente a la anhedonia, sino que sus efectos fisiológicos (vasodilatación, tiempos de reacción lentos, etc.) y efectos conductuales característicos (desinhibición, euforia, sedación, etc.) son útiles como alivio general de dicha condición, pero en ningún caso nadie diría que corrigen, en caso de conocerse, los procesos patológicos subyacentes (Moncrieff y Cohen, 2005).

Capítulo 2: El Modelo Biopsicosocial

2.1. ¿Qué es el Modelo Biopsicosocial?

Debido a las limitaciones del modelo biomédico mencionadas y más razones evidenciadas durante el siglo XX, con motivo de la crítica de Engel (1977) a finales del siglo XX se empieza a articular un nuevo paradigma alternativo más prometedor con el que se pretende subsanar el enfoque biologicista (Deacon, 2013). No menos reseñable es el cambio que en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó sobre la definición de *salud*, ampliando el concepto a una tríada en la que el estado de bienestar es un alineación del estado físico, psíquico y social, y no como la mera ausencia de enfermedad (2014).

En este sentido, a finales del siglo XX la APA también decide abandonar el término de “enfermedad mental” tras su publicación en 1980 del DSM-III e incluye, aunque sin concreción, factores ambientales, como eventos traumáticos en la infancia, como variables predisponentes (APA, 2014). El modelo biopsicosocial se propuso como el enfoque opuesto al modelo biomédico que pretendía subsanar el sesgo biologicista del tratamiento de las enfermedades. Se fundamenta en numerosa evidencia empírica sobre la epigenética, procesos como el aprendizaje y características cerebrales como la neuroplasticidad (Hayes et al., 2020; Teixidó, 2023). Por primera vez, este enfoque permitió considerar la perspectiva multifactorial de la salud, integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales a la hora de comprender y tratar cualquier enfermedad (Requena, 2022; Saborido, 2020).

No obstante, se ha argumentado que el modelo resulta insuficiente (Pérez y Fernández, 2008) y que debería fundamentarse teórica y epistemológicamente, además de formularse rigurosamente en la práctica (Ramos, 2015). A continuación se explica por qué.

2.2. Lo -Psico del Modelo Biopsicosocial: ¿Se Aplican las Psicoterapias en España?

Así como señala Requena (2022), se conoce “la utilidad y la **eficacia** de las terapias psicológicas en el tratamiento de los trastornos mentales avaladas por la evidencia empírica”. En la última resolución de la APA sobre la eficacia de las psicoterapias, la *Recognition of Psychotherapy Effectiveness* (2012), realizada mediante una gran recopilación de estudios sistemáticos y metanálisis, se establecen implicaciones determinantes para el abordaje de la depresión y de la salud mental en general.

Por ejemplo, en esta resolución se concluye que para la depresión “los resultados de la psicoterapia tienden a durar más”, además, con una mejora continuada después de la finalización la psicoterapia, y que “los efectos producidos por la psicoterapia, incluidos los efectos para diferentes grupos de edad (es decir, niños, adultos y adultos mayores) y para muchos trastornos mentales, exceden o son comparables al tamaño de los efectos producidos por muchos tratamientos y procedimientos farmacológicos para la misma condición”, con la importante implicación de que “algunos de los tratamientos y procedimientos médicos tienen muchos efectos secundarios adversos y son relativamente caros en comparación con el costo de la psicoterapia” (APA, 2012, [traducción propia]).

Además, se constata un “creciente cuerpo de evidencia de que la psicoterapia es rentable, reduce la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, mejora el funcionamiento del trabajo, disminuye el uso de la hospitalización psiquiátrica y, a veces, también conduce a una reducción del uso innecesario de servicios médicos y quirúrgicos, incluso para aquellos con enfermedades mentales graves” o “para mejorar el estado de ánimo y reducir la depresión entre las personas con

condiciones de salud agudas y crónicas (por ejemplo, artritis, cáncer, VIH/SIDA)” (APA, 2012, [traducción propia]).

De hecho, integrar las psicoterapias en atención primaria ha demostrado “una reducción del 20-30 por ciento en los costos médicos por encima del costo de la atención conductual/psicológica” (APA, 2012, [traducción propia]), por lo que se concluye que “los tratamientos psicológicos son significativamente eficaces y muy rentables y, por lo tanto, tendrían que ser reconocidos por los sistemas sanitarios públicos” (Requena, 2022, p. 54; APA, 2012, [traducción propia]).

En este contexto, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) destaca como el tratamiento psicológico con más evidencia empírica para el tratamiento de los trastornos mentales (Hofmann et al., 2012; Fonseca-Pedrero et al., 2021; APA, 2012). Sin embargo, a menudo engloba a una gran familia de intervenciones que a veces parten de supuestos teóricos contradictorios sobre lo que es un problema psicológico, el comportamiento o el cambio (Hayes y Hofmann, 2019; Pérez, 2018a; Teixidó, 2023). En respuesta, Hayes y Hofmann (2019) propusieron la Terapia Basada en Procesos (TBP), una nueva psicoterapia que trasciende el DSM-5 y los paradigmas de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Otras psicoterapias dignas de mención además de la TCC que cuentan con numerosa evidencia empírica son las terapias contextuales o de tercera generación, las terapias analítico-funcionales y las terapias de aceptación y compromiso (Teixido, 2023). En concreto, para los trastornos depresivos, la evidencia empírica más numerosa encontrada se relaciona con “la TCC de Beck, la activación conductual, la terapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en el *mindfulness*” (Fonseca-Pedrero et al., 2021, p. 191).

Con todo, pese a que contamos con numerosa evidencia empírica que demuestra que desde la psicología existen alternativas al diagnóstico psiquiátrico, las psicoterapias no parecen tener poder institucional, por lo que no llegan a implantarse en los sistemas sanitarios públicos más que de manera asistencial o sólo como tratamiento de primera línea para casos leves de depresión (Gasull et al., 2023) tal y como nos confirman los documentos expuestos por el Ministerio de Sanidad (2021, 2023).

Nada de esto impide al Ministerio de Sanidad afirmar que en el sistema sanitario público español se sigue el modelo biopsicosocial. En el documento de *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período*

2022-2026, el Ministerio de Sanidad (2021) hace un esfuerzo notable por apoyar una concepción etiológica compleja de los trastornos y aboga por un claro enfoque interdisciplinar, declarando que las intervenciones deben ser compartidas entre “psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social” (p. 89). En este documento se cita al propio Engel para defender un modelo comunitario, pues la persona está situada; de recuperación, pues la finalidad debe ser la salud y por ello no sólo se entiende no tener síntomas sino tener funcionalidad, es decir, tener trabajo, relaciones, redes de apoyo, etcétera; y, además, centrado en la persona (no solo en su cerebro) y sus fortalezas (Ministerio de Sanidad, 2021; Pérez y Fernández, 2008; Pérez, 2018a, 2018b, 2018c).

En este sentido, se afirma que la estrategia para abordar los problemas psicológicos debe “centrar la atención en la persona y sus necesidades y realizar Planes Individualizados de Atención (PIA) en el marco de una alianza terapéutica, con participación activa de la persona” (p. 88). Además, se invita a “evaluar por parte del equipo interdisciplinar las dificultades, fortalezas, activos de salud y/o habilidades de la persona desde una perspectiva biopsicosocial e interdisciplinar”, así como también a “sustentar el tratamiento en el buen trato, los principios éticos y la complementariedad de las intervenciones sociales, psicológicas y biológicas”. También se inclina por “potenciar las intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales de cuya eficacia se tiene conocimiento y que serán realizadas por profesionales con formación adecuada” (p. 88).

Las psicoterapias, además de ser eficaces, presentan numerosas ventajas políticas, tales como beneficios sostenidos a lo largo del tiempo tras finalizar el tratamiento, la disminución del riesgo de recaídas (especialmente en trastornos de depresión y ansiedad), menor riesgo para la salud de las personas, siendo para la administración más eficiente a largo plazo dada la reducción en el coste económico (García-Haro y Fernández-Briz, 2015). Además, los consultantes “la prefieren antes que la opción farmacológica” (García-Haro y Fernández-Briz, 2015, p. 215).

No obstante, nada de esto parece suficiente y, tal y como afirman Bueno et al. (2022), el modelo médico de salud mental en España “apenas **informa** del tratamiento psicológico como opción terapéutica ante la prescripción de medicamentos, lo que dificulta que el paciente demande ser tratado mediante psicoterapia, aunque esta sea la más indicada” (p. 1). De hecho, si bien desde el

Ministerio de Sanidad (2021) se afirma que desde Atención Primaria, la interconsulta y el enlace con profesionales especializados en salud mental se “considera un instrumento de gran eficacia”, ya que permite mejorar los diagnósticos así como la “incorporación de terapias” (p. 85), esta declaración del papel de la psicoterapia como “instrumento” evidencia un claro rol residual de la Psicología Clínica que deja en primer plano al médico de familia (Pérez y Fernández, 2008). Según consta, al paciente con problemas psicológicos no sólo casi nunca se lo deriva a los especialistas en dicha materia sino que, además, la derivación a los especialistas en salud mental es compartida con otras especialidades como la psiquiatría, que es, como vimos anteriormente, la especialidad de referencia en España para el abordaje de la depresión.

En este sentido, conviene aquí también citar al propio Ministerio (2021) cuando en el mismo documento afirman que en el sistema sanitario español todavía persiste una “resistencia al cambio” en la que a día de hoy se otorga un “excesivo peso” a concepciones “clásicas” acerca de la salud mental, así como una “ausencia de equipos interdisciplinares completos”, esto es, “psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadores sociales” (p. 63). Paralelamente, se reconocen dificultades “para poder implementar tratamientos psicológicos basados en la evidencia” que, tal y como se añade, aunque vagamente, puede deberse a la “falta de profesionales” (p. 64), lo que cabe pensar que no sólo se debe a una cuestión de cantidad de profesionales disponibles sino también al tipo de personal profesional asignado como referencia contratado para abordar la salud mental.

2.3. ¿El Modelo Biopsicosocial Desplaza el Cerebrocentrismo?

Con lo expuesto anteriormente podemos dudar de que, a efectos prácticos, el modelo biopsicosocial pueda hacer frente al cerebrocentrismo y, por ende, al reduccionismo biomédico en el tratamiento de la depresión y otros problemas psicológicos, pues no parece *de facto* abordar la dimensión psicológica, y tampoco aportan datos ni caracterizan la dimensión social. Sin embargo, el modelo biopsicosocial adolece de ciertas deficiencias también a nivel teórico. A continuación se exponen algunas de estas dificultades.

Bajo el enfoque biopsicosocial actual, el ambiente continúa caracterizándose como un factor importante, pero es un factor más que juega el papel de modular algunos mecanismos de expresión de unos cuantos genes y condiciones neurobiológicas (Hayes et al., 2020). Ello puede verse si se considera que el modelo biopsicosocial, la psicopatología y gran parte de los psicólogos clínicos siguen las directrices de la APA. No obstante, si bien la APA (2014, 2012) reconoce tanto la influencia de factores ambientales, sociales y culturales como la falta de evidencia causal neurobiológica, dicha institución persiste en concebir el TDM como un síndrome con una etiología multifactorial pero de base genética. Del mismo modo, en su definición de trastorno mental sigue sin verse reflejada esta naturaleza tripartita (APA, 2014).

Este biologicismo se observa, por ejemplo, en otras partes del DSM-5. Por un lado, en la supresión del eje IV en el DSM-5, que aborda la existencia de problemas psicosociales y ambientales, así como del eje V, que valora la autonomía de la persona. En referencia a este último, esta omisión no sólo supone la pérdida de información significativa, sino también “un giro hacia el modelo biomédico”, dado que el sistema multiaxial representaba “una aproximación psicosocial a la evaluación y al diagnóstico” (Requena, 2022, p. 76).

Este giro también se observa al afirmar que el tipo de transportador de serotonina (SERT) con el que nacemos *determina* si es más probable que desarrollemos depresión “cuando nos exponemos a múltiples factores de estrés vitales” (Stahl, 2014, p. 270). En este planteamiento, los factores sociales y ambientales se tratan como meros desencadenantes que operan de manera aditiva, no interactiva, lo cual contradice el principio multifactorial que se asume como principio causal en los trastornos mentales y, además, no establece una “clasificación propia de los problemas ambientales y psicosociales” (Requena, 2022, p. 76; Saborido, 2020).

No obstante, tal y como se expuso, no tenemos evidencia suficiente que sustente este reduccionismo explicativo. Este biologicismo es, en parte, lo que lleva a diversos psicólogos a afirmar que en la psicopatología y psiquiatría contemporánea existe “un fuerte impulso por un reduccionismo global” tanto a nivel ontológico, epistémico, causal como metodológico (Orus, 2022, p. 9), y que la concesión a los factores ambientales es parcial e imprecisa.

Autores como Ramos (2015) aportan razones epistemológicas que apelan a insuficiencias conceptuales del modelo que se necesitan subsanar. En cambio, autores como Pérez y Fernández (2008) aportan razones ontológicas que ponen en duda la suficiencia del modelo para dar cuenta de los fenómenos psicológicos.

Al respecto de los primeros, como remedios epistemológicos para complementar el modelo biopsicosocial, se han propuesto desde técnicas psicométricas más complejas como el *análisis de redes* para modelar los trastornos psicológicos (Borsboom y Cramer, 2013, p. 93, [traducción propia]), hasta enfoques *disposicionales* que no parten de la existencia de una forma “promedio, normal o estándar de expresar una enfermedad” (Eriksen et al., 2013, p. 10, [traducción propia]). También se han propuesto *modelos de redes multinivel*, que integran estudios que recaban información de múltiples niveles de análisis (biológico, neurológico, social, contextual, cognitivo, etcétera) y la emplean simultáneamente dentro de un “enfoque traslacional e interdisciplinar” (Fonseca-Pedrero, 2018, p. 8).

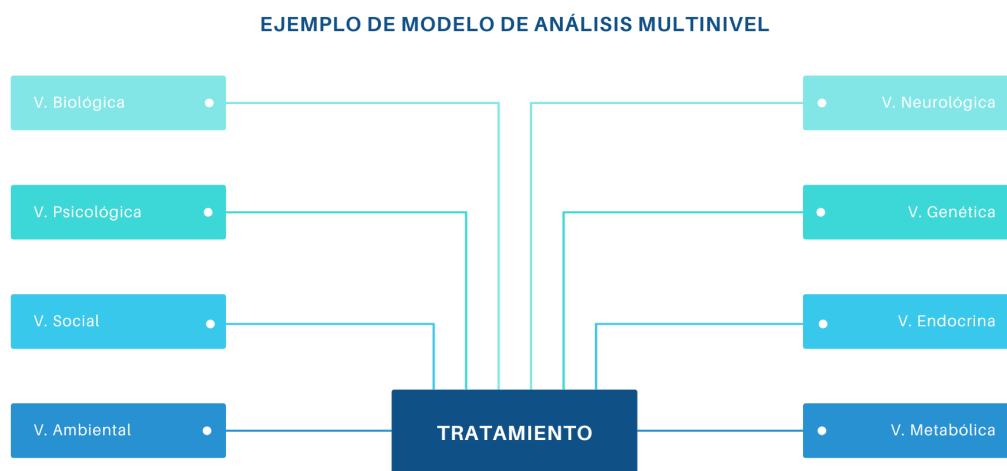


Figura 1. Ejemplo de modelo de análisis multinivel del que se deriva un tratamiento para el TDM. Fuente: Elaboración propia.

Otros psicólogos, en cambio, como Pérez (2018c) y Requena (2022) van un poco más lejos y defienden que el modelo carece del enfoque fenomenológico y contextualista que define la realidad psicológica, por lo que en la práctica clínica cae fácilmente en dejar en un segundo plano el tratamiento con psicoterapias.

Pérez y Fernández ya adelantaban en 2008 que aunque el modelo biopsicosocial prometía aunar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, por definición su aplicación seguiría atrapada en un enfoque “estratificado” y

dualista⁵, pues la biología se posicionaba como base inmutable, mientras que lo psicológico y lo social quedaban subordinados a ésta (p. 259).

Esto se debe, en parte, a lo que Ramos (2015) califica como un error de especificación, ya que este modelo no indica el peso relativo que se otorga a cada factor ni cómo interactúan entre sí lo “bio”, lo “psico” y lo “social”. Por esta razón, se hace exigible una metodología más rigurosa que aúne los tres factores, respaldada por una formulación teórica y epistemológica clara de la que se pueda derivar una práctica sólida para tratar los trastornos en atención primaria (Ramos, 2015).

No obstante, pese a resultar una propuesta esperanzadora, el modelo biopsicosocial parece insuficiente para autores como Pérez, pues no sólo no se aplica, sino que a día de hoy existen razones para pensar que no es genuinamente pluralista, pues trata sus tres dimensiones (bio-psico-social) como tres factores discretos que contribuyen al trastorno de un individuo. Si bien es cierto que según el caso una dimensión pesa más que otra (lo “bio” sobre lo “psico-social”), al tratar como si fueran factores separables, “aislables”, se incurre nuevamente en un error ontológico y epistemológico (Eriksen et al., 2013; Pérez y Fernández, 2008), pues *de facto* las tres dimensiones son indivisibles, esto es, no puede darse una sin las otras dos, o, dicho de un modo más informal: no existe un ser humano “sin cuerpo” y “sin ambiente”.

A razón de esta jerarquización entre los factores bio-psico-sociales en favor de los factores “bio”, Pérez y Fernández (2008) sugieren que el modelo biopsicosocial, independientemente de que se conceptualice mejor y se aplique, resulta insuficiente para reducir el biologicismo o cerebrocentrismo. En este sentido, Requena argumenta que deberíamos partir de un “modelo de persona”, el mismo que defiende el Ministerio de Sanidad (2021), en el que los factores sociales y psicológicos sean “variables de primer orden en la explicación del funcionamiento psíquico” (2022, p. 25).

De nuevo, y a pesar de las apariencias, vemos cómo el cerebrocentrismo impregna también el modelo biopsicosocial en Atención Primaria para el tratamiento

⁵ Dualismo de sustancias en el que incurren las neurociencias, especialmente la Neurociencia Cognitiva, cuando se personifica el cerebro. Por ejemplo, al decir “El *cerebro* conoce nuestras decisiones antes que *nosotros*” (Pérez, 2018a, p. 12; Teixidó, 2023), se incurre en una falacia del doble-sujeto en la que *nosotros*, es decir, *yo* como sujeto consciente, estoy “habitado” por el cerebro a modo de ‘fantasma en la máquina’, por lo que el cerebro se presupone el sujeto de la acción.

de la depresión (y de los problemas psicológicos en general). En otras palabras, el modelo biopsicosocial no sólo incumple la promesa de tratar al individuo bio-psico-socialmente, sino que perpetúa una predominancia de “lo bio” al no esclarecer nunca su peso y términos de relación respecto de los demás factores.

En suma, ni el modelo biomédico ni el modelo biopsicosocial integran adecuadamente la dimensión psicológica en la salud mental. Por este motivo, autores como Pérez (2018a, 2018b) juzgan como necesario y urgente recuperar el nivel de análisis psicológico en la práctica clínica que le es propio a la psicología.

Capítulo 3. La Psicología y lo Psicológico

3.1. Lo Psicológico: ¿Una Ontología Propia?

Para recuperar la dimensión psicológica, Pérez (2018a, 2018b, 2021) discute la naturaleza de lo psicológico (su estatus ontológico), así como los modos de conocerlo (epistemología) para poder señalar claramente qué es lo que le corresponde hacer a la psicología. No es la intención de este trabajo dar respuesta a tales discusiones, sino esbozar dos propuestas a modo de ejemplo con la intención de dar continuidad a la necesidad manifestada por diversos autores.

Los dos capítulos anteriores han defendido que el tratamiento de la depresión a partir de modelos con una tendencia cerebrocentrista no resultan útiles para comprender la naturaleza del comportamiento, tratándolo en su complejidad. En este capítulo, se defiende que ir más allá del cerebro implica necesariamente abrazar teorías que estén abiertas a las diversas propiedades del comportamiento y sus causas.

Llegados a este punto, es importante aclarar una posible confusión a la que podrían dar lugar los párrafos anteriores. Puede parecer que cuestionar la ontología implícita que subyace actualmente en psicopatología y psiquiatría a la hora de tratar el comportamiento humano supone aceptar que el comportamiento es independiente de su base biológica. No obstante, esta inferencia sería equívoca. La psicología se enraiza en la biología (Teixidó, 2023).

La aclaración es además pertinente por otra razón. Cuando se habla de un abordaje preferentemente psicológico de los trastornos psicológicos como el TDM,

tal y como proponen Requena (2022) o Pérez (2018b), suele encubrirse también una noción dualista de sustancias en la que la mente se concibe como una sustancia distinta del cerebro y del cuerpo, a veces incluso inmaterial (Teixidó, 2023; Pérez, 2018a, 2018b). Pero esta postura es incorrecta dentro de la psicología, ciencia materialista que, en conjunto, estudia al ser humano “desde dentro”, “desde fuera” y “en interacción”, por lo que encuentra un fundamento filosófico-empírico más fundamentado en el *emergentismo de propiedades* (Teixidó, 2023). En aras de ser sintéticos, esta noción hace referencia a las propiedades de los sistemas complejos que, como los fenómenos psicológicos, surgen de la interacción de sus componentes más simples, pero no pueden reducirse completamente a ellos.

Un ejemplo análogo, proveniente de la filosofía moral y de la psicología evolucionista puede ilustrar este punto, dejando a un lado la controversia que suscita este debate. A menudo, las personas deciden sacrificarse por ideales que no perpetúan sus genes ni los de sus allegados, lo que contradice la idea de que las personas se preocupan únicamente de transmitir su material genético. Esto demuestra que las propiedades del comportamiento moral ni son las mismas ni pueden reducirse a la biología evolutiva, aunque sea cierto que sin biología y evolución no habría habido comportamiento moral de ningún tipo.

Todo lo anterior sugiere que la experiencia psicológica posee propiedades emergentes complejas que no pueden explicarse ni entenderse exclusivamente en términos de genes, moléculas, células, circuitos o fisiología sin perder información valiosa (Lilienfeld et al., 2015; Deacon y McKay, 2015; Pérez, 2018c; Teixidó, 2023). En una reciente revisión, Hayes et al. (2015) argumentan que “cualquier afirmación de que los genes o el cerebro causan psicopatologías pasa por alto la complejidad evolutiva y sistémica” (p. 224, [traducción propia]; Deacon y McKay, 2015, p. 234, [traducción propia]). En este sentido, los intentos de reducir la experiencia psicológica a la biología violan los principios establecidos de la ciencia de la **evolución** moderna, como el principio de interdependencia o de emergencia (Hayes et al., 2020).

Desde luego, los intentos de integrar la psicología con la neurociencia o la genética suponen un conocimiento muy valioso para patologías en las que existe una clara correspondencia entre una lesión orgánica y sus correlativas conductas (Requena, 2022). Sin embargo, aún en estos casos, la reducción que conlleva

ignorar la influencia del contexto y la historia individual tiene como consecuencia perder información constitutiva del comportamiento, como “actitudes, estados de ánimo, motivos y estilos de pensamiento”, lo que implica no poder comprenderlo en su totalidad y, por ende, no poder tratarlo adecuadamente (Lilienfeld et al., 2015, p. 176).

No podemos olvidar, además, que los predictores del TDM y otros problemas psicológicos no son sólo biológicos, sino contextuales (apelan a situaciones) y psicológicos (apelan a emociones, experiencias, estilos de razonamiento), por lo que no debería resultar extraño que también podamos definirlos en términos de “situaciones de estrés, de duelo, hábitos adquiridos, habilidades de afrontamiento, percepci[ones] errónea[s], estilos de pensamiento”, etcétera (Pérez y Fernández, 2008, p. 264). En consecuencia, la evaluación y el tratamiento deberían centrarse en los determinantes básicos del comportamiento.

De esta manera, siendo consistentes con la multicausalidad o complejidad de los fenómenos psicológicos, debemos asumir que la realidad psicológica viene determinada por el ensamblaje de lo que Teixidó (2023) acuña como procesos NSEMA, esto es: subsistemas neuronales, sensoriales, endocrinos, motores y ambientales. La conexión simultánea de estos subsistemas (y no sólo del cerebro) da soporte a los fenómenos psicológicos. No se reduce a sus elementos constitutivos, sino que emerge respecto a ellos. Dicho de otro modo, el hecho de que nuestro cerebro sin lugar a dudas esté implicado en los trastornos mentales “no trae como consecuencia deductiva que tenga un rol causal primario” (Orus, 2022, p. 9), del mismo modo que que el lenguaje sea un producto de la interacción entre genes no reduce el lenguaje humano a la genética (Teixidó, 2023).

Asumiendo, incluso, el caso extremo de una supremacía de lo “bio” sobre lo “psico-social” en la depresión concebida eminentemente como una perturbación del funcionamiento cerebral, Ramos (2015) señala que “la dimensión psicoterapéutica seguiría sin ser reducida a biología” (p. 518) debido, entre otros argumentos, a la numerosa evidencia empírica acerca de la neuroplasticidad producida por cambios ambientales, por ejemplo, en neuronas que modifican su tamaño, forma y conexiones debido a nuevos aprendizajes (Ramos, 2015; Teixidó, 2023).

A este respecto, existen propuestas que pretenden aunar la comentada emergencia de propiedades que caracteriza a la dimensión psicológica. Aquí nos

contentaremos con mencionar una a modo de ejemplo. Así, Lundh postula que la ciencia psicológica actual involucra esencialmente “la dimensión subjetiva-experiencial”, “la dimensión material” (situaciones, conductas, cerebros, funciones mentales, procesamiento de la información, etc.) y “la dimensión socioconstructiva” (conceptos y teorías psicológicas que no sólo aspiran a describir nuestro funcionamiento psicológico, sino que también lo afectan de diversas maneras) (2018, p. 64, [traducción propia]), aunque expone que la investigación y los tratamientos se centran casi exclusivamente en la dimensión material, coincidiendo con lo que afirman otros autores (Requena, 2022; Pérez, 2018b; Ramos, 2015, Lilienfeld et al., 2015).

Esta propuesta implica una ontología tridimensional de los fenómenos psicológicos que, de asumirse, impediría, entre otras consecuencias, el enfoque cerebrocentrista y el subsiguiente enfoque predominantemente psicofarmacológico para la depresión. En esta línea, Teixidó (2023) establece para la psicología su propio nivel de estudio de la realidad, independiente de la neurobiología, aunque en conexión recíproca con el nivel ambiental, neural y genético (Teixidó, 2023).

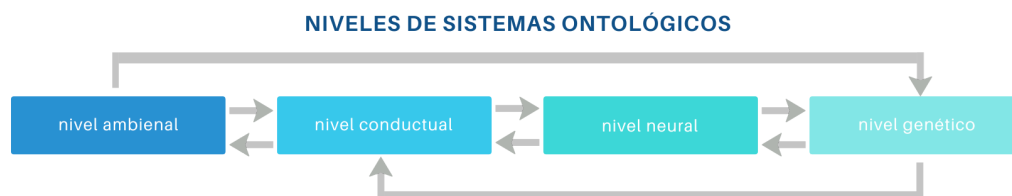


Figura 2. Conexiones entre los distintos niveles de sistemas ontológicos implicados en psicología. *Fuente:* Teixidó, 2023.

Es importante señalar que propuestas como la de Lundh son compatibles con el modelo médico de la psiquiatría, ya que no implican tener que rechazar el estudio biológico de los trastornos mentales: desde esta perspectiva tridimensional existe una clara jerarquía en la que la primera dimensión es material y las otras dos dimensiones dependen de la misma para su existencia. Es decir, no se conciben como tres dimensiones con diferentes “tipos de realidad” (material, subjetiva y social), lo que podría interpretarse como “objetos” separados; sino que sólo la dimensión material es estrictamente material, mientras que las otras dos son perspectivas o condiciones que emergen de esa materialidad, lo que no niega que

tengan cierta autonomía débil, aunque esto no significa que su influencia sea en absoluto residual o desdeñable (Teixidó, 2023).

3.2. Nuevo Paradigma del Comportamiento: la Cognición 4e

Tal como se adelantaba al final del capítulo 2, algunos autores prefieren centrarse en el enfoque epistemológico, sobre las formas de entender y tratar los fenómenos psicológicos. Por ejemplo, Pérez y Fernández (2008) y Ramos (2015) proponen abandonar el enfoque jerárquico del modelo de Engel y “asumir una relación sistema-medioambiente” en la que interactúen múltiples factores sin tener un orden estructurado y peso causal uniforme (Ramos, 2015, p. 517).

Autores como Pérez (2018a, 2021) desde la psicología, Teixidó (2022) bajo la ciencia sistemática y Stein et al. (2024) desde la psiquiatría, hablan de un *pluralismo epistemológico*, esto es, una pluralidad de disciplinas para tratar los problemas psicológicos que pueden completar el modelo biopsicosocial.

Esta diversidad epistemológica se observa en el seno de la psicología misma dada la actual diversidad de psicoterapias existentes que operan desde distintos paradigmas teóricos para abordar los fenómenos psicológicos: la terapia psicodinámica, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctico-conductual, las terapias humanistas, existenciales, conductuales, cognitivo-conductuales, contextuales, sistémicas, entre otras (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Teixidó, 2023).

Este abordaje múltiple desde paradigmas filosóficos distintos no implica que sean necesariamente incompatibles entre sí (Teixidó, 2023). Pérez resaltó al respecto este pluralismo como una señal del énfasis existencial, humanista, contextual y fenomenológico que se requiere para entender los problemas psicológicos adecuadamente, no siendo esta pluralidad un escollo para establecer “una estructura ontológica de la Psicología como ciencia” (2018a, p. 16; Teo, 2010).

En cualquier caso, al aceptar alguna versión de pluralismo epistemológico, estos autores se comprometen con la posición ontológica emergentista de propiedades antes comentada. De este compromiso de “reducir el reduccionismo” necesariamente nacen, como apunta Pérez (2018a), psicologías “más allá del cerebro”, como lo son “la nueva ciencia de la mente 4e, la ciencia conductual

contextual, la psicología ecológica, la psicología cultural y la psicología existencial” (p. 16) a las que no debemos perder de vista.

Al igual que en la sección anterior, aquí nos contentaremos con mostrar a modo de ejemplo una de estas posiciones epistemológicas. Sin intención de realizar una revisión, conviene exponer al menos representativamente el modelo del comportamiento derivado de las Ciencias Cognitivas conocido como la *Ciencia Cognitiva 4E*. Esta teoría, aunque más concretamente es un gran proyecto de investigación, comprende lo mental como co-emergente, es decir, como un fenómeno que resulta del acoplamiento entre organismo encarnado (incluido el cerebro) y el mundo (Orus, 2022, p. 9; Pérez, 2018b). Autores como Stein et al. (2024) y Pérez (2018a, 2018b) lo describen como la “nueva ciencia de la mente 4e” porque ofrece una nueva concepción de los procesos mentales como un movimiento conocido como “las 4E” por sus siglas en inglés *Embodied* (encarnada), *Embedded* (incrustada), *Enactive* (enactiva) y *Extended* (extendida).

Este enfoque, muy influenciado por la fenomenología, se destaca por el importante contrapunto que supone para la tendencia cerebrocentrista en la psicología, ya que propone que tanto el cuerpo como el mundo sean partes constitutivas de la mente, y “no meros soportes o cosas extensas sobre las que la mente actuara” (Pérez, 2018b, p. 16). En este sentido, coincide con el enfoque sistémico que proponen diversos autores, pues aspira a ir más allá del paradigma cognitivista, conductista y constructivista (Teixidó, 2023).

Así, los fenómenos psicológicos no se conciben sólo como procesos cerebrales, tal y como propone el cognitivismo, sino también como procesos corporales (*embodied*); situados en el mundo, es decir, por todo el cuerpo y en codependencia con el ambiente (*embedded*); ejecutivos, surgiendo mediante la interacción activa con el entorno en vez de sobre representaciones mentales (*enacted*); y extendidos, abarcando herramientas y tecnologías que forman parte nuestros procesos cognitivos, como una calculadora, de manera que sus “partes” no sólo se localizan dentro de uno (*extended*) (Teixidó, 2023; Pérez, 2018b; Stein et al., 2024).

En consecuencia, y muy en consonancia con los procesos NSEMA (Teixidó, 2023), el comportamiento constituye una estructura o patrón dinámico que incluye el organismo, el medio, el sujeto y la situación, simultáneamente (Pérez, 2018b; Stein

et al., 2024). Así, trastornos como el TDM, en vez de derivarse de un "error cognitivo" subyacente o de una "disfunción neurobiológica", se entienden como consecuencias de las relaciones circulares entre el sujeto (con sus subsistemas) y el mundo, como "un patrón desadaptativo de creación de sentidos" (Stein et al., 2024, pp. 226-227, [traducción propia]).

Este modelo tiene visos de suponer un nuevo paradigma más complejo en el que asentar la realidad psicológica, aunando lo que Pérez (2018b, pp. 32-33) aclara cuando dice que la realidad tiene diversas propiedades: "experienciales (dolor, sentimientos, pensamientos), físicas (electrones, átomos, células, organismos, máquinas de escribir, planetas), institucionales (lenguas, culturas, sistemas de relaciones familiares, imaginarios colectivos, visiones del mundo) y abstractas (matemáticas, teoremas, teorías, geometría)", no siendo muchas de ellas reductibles entre sí.

Lo discutido en este capítulo conduce, por tanto, a resaltar más si cabe la importancia de conocer los supuestos filosóficos que dan lugar a las intervenciones que aplicamos, incluso dando origen a nuevas investigaciones (Teixidó, 2023). En este sentido, Hofmann y Hayes (2019) afirman que "para que la ciencia evolucione, necesitamos supuestos preanalíticos sobre la naturaleza de los datos, la verdad y las cuestiones de importancia" (p. 41, [traducción propia]). Por este motivo, se hace imprescindible analizar críticamente la práctica clínica y la evidencia de nuestros datos, entendiendo por ello el conocer los conceptos y fundamentos que los sostienen. Actuar al contrario supone una falta de compromiso teórico y práctico con la psicología, corriendo el riesgo de desconocer la naturaleza de lo psicológico y los trastornos mentales (ontología), así como su abordaje (epistemología).

Conclusiones

La tendencia cerebrocéntrica de la psicología parece encontrar refugio en Atención Primaria bajo el amparo del modelo biomédico, incluso del modelo biopsicosocial, que a la luz de nuevos paradigmas como la Cognición 4e se muestra insuficiente para abordar la naturaleza multidimensional del comportamiento y de los problemas psicológicos.

Dicha tendencia, con todo, no viene dada meramente por una cuestión de elección teórica, sino también de necesidad metodológica y pragmática, al ser la única opción psicométrica posible encontrada para abordar los trastornos psicológicos que puede satisfacer a una postura positivista (Borsboom y Cramer, 2013; Lilienfeld et al., 2015; Pérez, 2018b, 2018c; Saborido, 2020; Teixidó, 2023).

No obstante, si bien se presentan argumentos que desestiman el enfoque biopsicosocial como una aproximación válida a los fenómenos psicológicos, se hace necesario elaborar teoría al respecto de la relación y el peso de cada factor, así como evidencia empírica de su aplicación rigurosa en el sistema sanitario español (Ramos, 2015).

Por otro lado, pese a los argumentos críticos expuestos relacionados con la psicopatología y el modelo biomédico, nada de lo expuesto tiene el propósito de defender la posición relativista de que los trastornos son meras etiquetas para un conjunto arbitrario de síntomas. Al contrario, la dirección seguida es la de distinguir la naturaleza de dichos trastornos y señalar el punto intermedio sobre el que se está trabajando en el que los trastornos existen como sistemas, en lugar de como entidades, con las consecuencias que ello comporta a la hora de abordarlos, que son múltiples (Borsboom y Cramer, 2013; Saborido, 2020).

La cuestión de fondo al tratamiento de la depresión actual que se está dando desde las instituciones públicas parece ser ontológica, es decir, sobre la naturaleza del trastorno psicológico en general y de la depresión en particular; y epistemológica, sobre los métodos adecuados para aprehenderlos (Pérez y Fernández, 2008; Teixidó, 2023).

Desde la psicología, a mi parecer, debemos ofrecer dos alternativas a este problema: o bien actuar claramente asumiendo una posición biomédica en la que los trastornos mentales son entidades naturales de origen biológico, esto es, “enfermedades del cerebro”, o bien actuar asumiendo una posición en la que los trastornos mentales son problemas psicológicos.

Si asumimos lo primero, parece que el tratamiento de la depresión al que asistimos en España es el esperable. No obstante, si asumimos lo segundo, las y los profesionales de la psicología debemos pronunciarnos ante el grave problema que estamos alimentando, pues no solo se pone en peligro la salud de las personas

al ser asistidas incorrectamente, sino que también se pone en peligro el lugar que ocupa nuestra disciplina en la sociedad.

A pesar de que se reconoce un fundamento emergentista de propiedades, la práctica psicológica en el sistema sanitario no se corresponde con los supuestos teóricos más consolidados que sustentan a la psicología como una disciplina autónoma, con su propio objeto de estudio, teoría y metodología (Teixidó, 2023; Pérez y Fernández, 2008; Pérez, 2018b, 2018c; Requena, 2022; Lilienfeld et al., 2015; Stein et al., 2024; Deacon y McKay, 2015; Eriksen et al., 2013). Es necesario, por tanto, comprometerse profundamente a nivel teórico y práctico con un emergentismo de propiedades, lo que implica reconocer un nivel de análisis propio de lo psicológico como variable de primer orden por los especialistas adecuados, los psicólogos y psicólogas, de modo que no cabría confusión sobre el objeto de análisis que le corresponde a la psicología y su lugar en el sistema sanitario: el análisis y tratamiento del comportamiento.

La psicología, en la búsqueda de ser una disciplina científica, puede haber caído en la necesidad de autoproclamarse ciencia natural demasiado pronto, cediendo su nivel ontológico y epistemológico a la psiquiatría o a las neurociencias (Teixidó, 2023; Pérez, 2018b, 2018c; Teo, 2010). No obstante, ciencias hay varias (Teixidó, 2023) y no es indicativo de un menor estatus científico ser una ciencia humana (Pérez, 2018b, 2018c) como algunos proponen, o una ciencia biosocial (Teixidó, 2023), sino todo lo contrario: lejos de significar un menor grado científico, supone reconocer las complejidades más grandes como las que implican las relaciones intra e interorganísmicas del ser humano con las que trata esta disciplina.

Bibliografía

- American Psychological Association (APA). (Agosto de 2019). *Resolution on psychotherapy*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- American Psychiatric Association (APA). (Enero de 2023). *What Is Psychiatry?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-psychiatry-menu>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 9, 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Consejo Económico y Social de España (CESE). (2024). *Informe. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Número 01/2024*. Ministerio de Sanidad. Consejo Económico y Social de España. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical psychology review*, 33(7), 846–861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Deacon, B. J., & McKay, D. (2015). The biomedical model of psychological problems: A call for critical dialogue. *the Behavior Therapist*, 38(7), 231–235.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eriksen, T. E., Kerry, R., Mumford, S., Lie, S. A., & Anjum, R. L. (2013). At the borders of medical reasoning: aetiological and ontological challenges of medically unexplained symptoms. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM*, 8, 11. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-8-11>
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2852>
- Fonseca-Pedrero, E., Debbané, M., Lucas-Molina, B., Pérez de Albéniz, A., López-Navarro, E., Muñiz, J., Inchausti, F., Al-Halabí, S., Pérez-Álvarez, M., Bobes-Bascarán, R. J. y Marrero, M. T. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188–197. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/17086>
- Framer A. (2021). What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 11. <https://doi.org/10.1177/2045125321991274>

- Gasull, M. V., Alcalá, P. J. Á., Alonso, V. A., Arilla, H. G. del P., Déniz, S. B. V., González, P. Á., Herrería, L. A., Mejías, E. M. J., Olmo, D. V. y Pérez, M. P. S. (2023). *Guías Clínicas de Depresión*. SEMERGEN.
- Gold, I. (2009). Reduction in psychiatry. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(8), 506–512. <https://doi.org/10.1177/070674370905400802>
- Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Wilson, D. S. (2020). Clinical psychology is an applied evolutionary science. *Clinical psychology review*, 81, 101892. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101892>
- Hyman S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155–179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Series 2. Datos 2017*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. (2023). *Caracterización de los problemas de salud no transmisibles a partir de los registros clínicos de atención primaria (BDCAP). Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Series 5. Datos 2021*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Caracterizacion_problemas_salud_no_transmisibles.pdf
- Moncrieff, J. & Cohen, D. (2006). Do antidepressants cure or create abnormal brain states?. *PLoS medicine*, 3(7), e240. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030240>
- Moncrieff, J., Cooper, E. R., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, P. M. & Horowitz A. M. (2023). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry* 28, 3243–3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Pérez, Á. M. (2018a). La Psicología más allá del dualismo y el cerebrocentrismo. *Apuntes De Psicología*, 36(1-2), 7-20. <https://doi.org/10.55414/ap.v36i1-2.705>

- Pérez, Á. M. (2018b). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del psicólogo*, 39(3), 161-173. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77857281012>
- Pérez, Á. M. (2018c). Psychology as a Science of Subject and Comportment, beyond the Mind and Behavior. *Integrative psychological & behavioral science*, 52(1), 25–51. <https://doi.org/10.1007/s12124-017-9408-4>
- Pérez, Á. M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría*. Alianza Editorial.
- Pérez, Á. M. y Fernández, H. J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2728029>
- Requena, V. E. (2022). *Bases conceptuales y sistemas de clasificación de la Psicopatología* (módulo 1). FUOC.
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la medicina*. Editorial Tecnos.
- Stein, D. J., Nielsen, K., Hartford, A., Gagné-Julien, A. M., Glackin, S., Friston, K., Maj, M., Zachar, P., & Aftab, A. (2024). Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(2), 215–232. <https://doi.org/10.1002/wps.21194>
- Teixidó, D. Ó. (2023). *Introducción a la filosofía de la ciencia sistemática en psicología*. (2ª ed.). PSARA Ediciones.
- Teo, T. (2010). Ontology and scientific explanation: Pluralism as an *a priori* condition of psychology. *New Ideas in Psychology*, 28(2), 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2009.09.017>