

MESA REDONDA CIBERNETICA: ANALISIS DE LA INFLUENCIA DE LA COMBINACION DE PSICOFARMACOS Y PSICOTERAPIA, SEGUN LAS DIFERENTES ORIENTACIONES DE PSICOTERAPIA

Participantes:

Dr. Carlos Mirapeix (Psiquiatra).

Instituto de Estudios Psicoterapéuticos. Santander

Prof. Isabel Caro (Psicólogo Clínico).

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Prof. Enrique Echeburúa (Psicólogo Clínico).

Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco

Prof. Miguel A. González Torres (Psiquiatra).

Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco

Prof. Elena Ibáñez (Psiquiatra).

Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Prof. Beatriz Rodríguez Vega (Psiquiatra).

Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Prof. Manuel Villegas (Psicólogo Clínico).

Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona

En el contexto del número monográfico de la *Revista de Psicoterapia*, sobre tratamientos integrados de psicofármacos y psicoterapia, decidimos incluir una novedosa mesa redonda cibernética, en la que diversos expertos hemos interactuado de una forma especial, realizando un «Análisis de la influencia de la combinación de psicofármacos y psicoterapia, según las diferentes orientaciones de psicoterapia».

El criterio de selección de los participantes, estuvo basado en tres criterios: la relación previa de muchos de ellos en ponencias de tipo similar, que todos hablaban desde posiciones teóricas diferentes y que dispusieran de E-mail. Los participantes fueron los siguientes: Prof. Enrique Echeburúa (Psicólogo Clínico), desde una

perspectiva conductual. Prof. Miguel A. González Torres (Psiquiatra), desde una posición psicoanalítica. Prof. Isabel Caro (Psicólogo Clínico) y Prof. Elena Ibáñez (psiquiatra), desde una posición cognitivista. Prof. Beatriz Rodríguez Vega (Psiquiatra), desde una posición sistémica. Prof. Manuel Villegas (Psicólogo Clínico), desde una perspectiva constructivista y el Dr. Carlos Mirapeix (Psiquiatra), como moderador de la mesa redonda, facilitador de la comunicación y comentarista desde una perspectiva integradora.

Se propusieron una serie de preguntas, que se hicieron llegar a los contertulios por correo electrónico, y que de forma secuencial y siguiendo un orden preestablecido, fueron contestando todos, tarea que llevó bastante más tiempo del inicialmente previsto. El que sigue es el resultado de la mesa con sus preguntas y respuestas respectivas.

PRIMERA PREGUNTA:

Desde la perspectiva metateórica que sustenta el modelo que cada uno de los contertulios representa y que vienen mencionados en la introducción: ¿cómo afecta la presencia de un fármaco como objeto intermediario, controlador desde el exterior, la construcción teórica del abordaje terapéutico que desde su metateoría propone?

Prof. Enrique Echeburúa: La psicofarmacología y la terapia de conducta constituyen dos enfoques terapéuticos potentes que cuentan con una evidencia empírica acerca de su eficacia y que tienen muchos puntos en común: el interés por el método científico, la definición operativa de los trastornos de conducta, la utilización de escalas de evaluación conductual, etc.

Sólo en los últimos años se ha estudiado de manera sistemática la interacción entre los fármacos psicotropos y la terapia de conducta, pero limitada a unos pocos cuadros clínicos: fundamentalmente la depresión, los trastornos de ansiedad y la bulimia, en adultos, y la hiperactividad, en niños.

La aproximación entre la terapia de conducta y la psicofarmacología se ha realizado a tres niveles: a) las estrategias psicológicas para aumentar la observancia de un tratamiento con fármacos, sobre todo en las enfermedades crónicas; b) la administración de psicofármacos para facilitar el tratamiento psicológico (o viceversa); y c) la evaluación comparativa de uno y otro tipo de intervención.

Los psicofármacos, al actuar rápidamente (sobre todo los ansiolíticos), pueden inducir un efecto placebo favorable y, a tenor de su acción sobre el Sistema Nervioso Central, afectar positivamente a las habilidades verbales, aumentar la motivación, mejorar las funciones cognitivas (memoria y atención), facilitar el recuerdo, reducir las distracciones y asegurar la concentración. Desde este punto de vista, pueden capacitar al paciente para las terapias psicológicas (de actuación más lenta) e incluso rectificar las evaluaciones distorsionadas en relación con las ganancias terapéuticas

observadas durante el tratamiento psicológico, facilitando así un aumento de la autoeficacia.

A su vez, la terapia de conducta puede favorecer el tratamiento farmacológico facilitando el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, posibilitando la reducción de la dosis del fármaco, contribuyendo al acortamiento del tratamiento, haciendo frente a síntomas residuales y previniendo las recaídas.

No se pueden soslayar, sin embargo, los posibles efectos negativos de la farmacoterapia sobre la terapia de conducta. En consonancia con el modelo médico de enfermedad, los pacientes pueden hacerse más dependientes, asumir un papel más pasivo -no comprometerse activamente con el tratamiento psicológico-, adoptar actitudes «mágicas» respecto a los fármacos y atribuir la mejoría exclusivamente a los mismos.

Prof. Miguel Angel González Torres: La aplicación a los pacientes de terapias farmacológicas y psicoterapia psicoanalítica es una realidad desde el mismo inicio de los abordajes medicamentosos en psiquiatría tal como hoy los conocemos, es decir en la práctica desde los años 60. Hoy es frecuente encontrar en la actividad clínica personas con padecimientos de los antiguamente denominados “neuróticos” (trastornos de ansiedad, disociativos, de somatización, fóbicos, TOC, etc.) que reciben simultáneamente ambos tratamientos, beneficiándose de los aportes complementarios de uno y otro. La actitud de los clínicos que practican las distintas formas de terapias derivadas del psicoanálisis ha ido evolucionando a lo largo del tiempo hasta llegar a una integración a veces problemática, pero siempre productiva.

El uso simultáneo de psicofármacos permite al analista dos avances importantes. Por un lado posibilita un trabajo más profundo en pacientes con un elevado nivel de sufrimiento al reducir o eliminar algunos síntomas que dificultan de hecho una introspección adecuada y la necesaria relación con el terapeuta. Hace posible, por ejemplo, que pacientes con cuadros depresivos graves toleren con mayor rapidez los necesarios rigores (abstinencia del terapeuta, actitud no directiva, uso del silencio...) de un trabajo analítico. Por otro lado algunos fármacos como los neurolépticos han abierto al psicoanálisis la posibilidad de trabajar con patologías antes vedadas. El paciente esquizofrénico estabilizado farmacológicamente, con un contacto con la realidad adecuado y una posibilidad de relacionarse significativamente con el terapeuta supone un campo en franco desarrollo de distintos abordajes derivados del psicoanálisis, alejados lógicamente de la “cura tipo”, concebida para un grupo de pacientes con problemas muy diferentes (neuróticos en el sentido clásico).

Una de las cuestiones teórico-prácticas que se plantea desde el psicoanálisis en este sentido es si el tratamiento farmacológico y la psicoterapia deben ser administrados o no por la misma persona. Con alguna frecuencia, el clínico está capacitado para ambos abordajes y por tanto debe decidir un camino u otro. Dado

que en cualquier forma de psicoanálisis se entiende como básico el estudio de la relación que se establece entre paciente y terapeuta y ésta puede variar según la opción elegida, resumiré por separado algunas cuestiones que se plantean.

El mismo terapeuta asume el tratamiento farmacológico y la psicoterapia. En este caso se hace necesario modificar periódicamente el tipo de comunicación que se establece con el paciente. Se abandonan las pautas habituales de abstinencia, consonancia y no-directividad para tomar la posición médica tradicional. Ello inevitablemente desorienta al paciente, introduciendo dos modelos de comunicación diferentes y distorsionando la transferencia. La medicación se convierte así en un campo más donde el paciente expresa sus reacciones emocionales ante el terapeuta, su pasado y su realidad actual. Los efectos secundarios, las variaciones en las dosis, el comienzo o el cese de la medicación deben ser entendidos por el terapeuta no sólo en cuanto a su valor real sino también por el valor simbólico que contienen, reflejando la evolución de la relación paciente-terapeuta.

Un psicoterapeuta y un médico actúan sobre el mismo paciente. En este caso se produce un fenómeno que podríamos denominar “reparto transferencial”. El paciente proyecta sobre ambos terapeutas sus conflictos presentes y pasados, apoyándose en las distintas características personales de cada clínico y en la relación que establece con cada uno. De ese modo el psicoterapeuta se ve privado de la posibilidad de examinar el abanico transferencia completo del paciente. Este puede optar, a veces deliberadamente, por expresar diferentes aspectos de su personalidad con uno u otro, guiado en ocasiones por una necesidad de “no relacionarse”, es decir de situar la relación con uno u otro terapeuta en un nivel de alejamiento emocional que no le despierte angustia. Es casi un axioma que el paciente en esta situación demanda psicoterapia con ambos terapeutas; la demarcación puede estar muy clara para los dos clínicos, pero no suele estarlo para el paciente y es necesario un recuerdo frecuente de las funciones de cada cual. El paciente chequea con cada uno las observaciones del otro y desea una atención global por parte de ambos. Con frecuencia hará lo necesario para generar un espíritu de competición entre los dos posibilitando la aparición de respuestas contratransferenciales que dificultan enormemente el progreso de la cura y pueden provocar terminaciones precipitadas de las terapias.

Como conclusión final, diría que la terapia integrada psicoanálisis-psicofármacos genera dificultades prácticas que afectan sobre todo a la teoría de la técnica, influyendo en la creación y en la evolución del espacio relacional (transferencial y contratransferencial) en el que se mueven paciente y terapeuta.

Profs. Isabel Caro y Elena Ibáñez: Quisiéramos comenzar con una serie de precisiones. En primer lugar, existen diversas formas de hacer terapia cognitiva, como las terapias de reestructuración cognitiva, las cognitivo-comportamentales y las construccionistas. En segundo lugar, las terapias cognitivas tienen hoy por hoy,

un campo amplísimo de aplicación, luego las generalizaciones de uso y aplicación de fármacos deben ser matizadas. Y en tercer lugar, el campo y el grupo de autores que más se ha preocupado de comparar la eficacia del modelo cognitivo vs. el modelo farmacológico, es el grupo de Beck, y en el tratamiento de la depresión, ofreciendo como resultado más destacado el gran nivel de eficacia de la terapia cognitiva sobre todo en combinación con la farmacología. Por ese motivo y para perfilar nuestros comentarios siguientes conviene que tengamos en cuenta que estamos hablando, ante todo, del tratamiento de la depresión siguiendo el modelo de Beck.

En el año 1985, Beck afirma que no hay un modelo integrado psicofármacos-terapia cognitiva y que por el momento sabemos y desconocemos varias cosas. Desconocemos cuáles son las cogniciones afectadas por el fármaco y si los cambios aparecen en el nivel superior (proceso secundario) o el inferior (proceso primario) o en ambos. Y sabemos, según Beck (1985), que los fármacos afectan a las cogniciones. Desde nuestro punto de vista este tipo de investigaciones y planteamientos son totalmente equivocados. ¿Cómo va a afectar un fármaco a una cognición?

¿Dónde está el paciente en todo ese proceso?. La pregunta cara a hacer el modelo integrador del que carecemos, no es si el fármaco afecta a las cogniciones, sino como afecta a los procesos de pensamiento y cambio del mismo. Entonces, hasta la fecha los modelos explicativos del cambio cognitivo no incluyen la ingesta de fármacos, y son modelos podríamos decir exclusivamente de resultado psicológico.

En principio, dado que el modelo cognitivo no asume un paradigma de aprendizaje (como en el caso de la terapia de conducta) no se supone que haya ninguna interferencia ni contraindicación. Lo importante desde nuestro punto de vista es la atribución de la mejoría que hace el paciente. La pregunta es ¿cómo procesa el paciente lo que le pasa, sus experiencias, ya sea encontrarse mejor o peor?. Lo fundamental es que cambie su forma de ver las cosas, su filosofía de vida. Y dependiendo de la gravedad del proceso eso lo puede hacer con o sin fármaco.

Además el propio cambio «farmacológico» se puede interpretar desde el punto de vista cognitivo. Por ejemplo, el paciente toma un antidepresivo y nota un ligero cambio en el estado de ánimo. Si lo valora positivamente, «voy mejorando», podemos suponer que hace más cosas, se encuentra mejor y se afianza su idea de «voy mejorando». Si lo interpreta negativamente, «esto es consecuencia del azar», o «debería estar siempre así», o «cuando deje la medicación volveré a estar mal», por regla general, sus efectos son menos relevantes. También puede interpretarlo positivamente, «esto es fruto del fármaco o de la terapia, ya voy mejorando», o positiva/negativamente, «esto es fruto del fármaco o de la terapia, ya voy mejorando, pero ¿qué pasará cuando los deje?».

En cualquiera de estos casos, no es el fármaco en sí, ni la terapia cognitiva en

sí la que produce el cambio, sino el paciente con su forma de ver las cosas. Y con eso trabajamos los terapeutas cognitivos (y todos si se nos permite decirlo). Eso implica prestarle atención a las atribuciones que hace el paciente sobre su mejora o empeoramiento y ayudarlo a etiquetar las cosas con perspectiva, evitando errores cognitivos, etc. Temas éstos que serán tratados en sucesivas preguntas.

En principio estamos de acuerdo con las respuestas dadas por otros contertulios de esta mesa cibernética, pero nos gustaría hacer una matización al comentario del profesor Echeburúa. En primer lugar las Benzodiacepinas no tienen un efecto placebo sobre la ansiedad, sino un efecto farmacológico y clínico; por otro lado, sus efectos a largo plazo sobre la memoria y la atención (deterioro de ambos) hacen que se deban manejar con cuidado en pacientes depresivos, pues pueden producir un solapamiento de síntomas. Igualmente, en enfermos ansiosos en los que se aplique una terapia basada en los principios del aprendizaje hay que tener en cuenta las posibles interferencias que los fármacos pueden producir sobre éste.

Prof. Beatriz Rodríguez Vega: Preguntarnos por qué nos preguntamos con tanta insistencia últimamente acerca de la pertinencia y el cómo de la integración entre terapias farmacológicas y psicoterapéuticas, ya aporta información sugerente. Por un lado, plantea el antiguo dilema humano acerca de la oposición entre lo biológico y lo psicológico, entre el cuerpo y la mente, heredera del dualismo cartesiano. Desde esta postura, viva aún en los modelos médicos reduccionistas, o se trata la mente a partir de técnicas psicológicas o se trata el cuerpo a través de técnicas dirigidas a lo biológico representadas por el uso de los psicofármacos.

Tradicionalmente, para la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, sin que la sistémica sea una excepción, convivían dos posturas. Por un lado, las derivadas de la tradición más puramente médica, que también comentó Miguel Angel González Torres, que aceptaban que el paciente se sometiese a un tratamiento psicofarmacológico, pero en ningún caso, integrado dentro del tratamiento psicoterapéutico. El paciente discutía las cosas de su medicación con un psiquiatra, mientras llevaba a cabo su psicoterapia con un psicólogo, un psiquiatra u otro profesional. Quedaban así divididos los campos de acción.

La otra postura, entre las que se incluyeron muchos de los terapeutas sistémicos, entendía el trastorno mental como emergente de una disfunción comunicativa o de conflicto en el proceso de la dinámica familiar o de atrapamiento en una narrativa coercitiva, según las distintas épocas. Se negó la implicación biológica en el enfermar mental, y no fue éste un tema de interés en las publicaciones. De cualquier modo, la «causa» radicaba en el «interior» de la familia, en paralelo con la visión médica en la que la causa radicaría en un gen o en una alteración bioquímica susceptible de ser corregida con drogas. La posible alteración biológica sería secundaria y el tratamiento de elección era siempre la terapia familiar.

Aún estábamos en la época en la que se confiaba que un único modelo tuviese

la llave explicativa de la compleja conducta humana, y de nuevo el modelo sistémico, aun defendiendo en lo teórico un concepto de mente muy alejado de la dicotomía cartesiana, utilizó una metodología derivada de ésta, pues redujo el nivel de análisis del trastorno mental al nivel relacional, actuando cómo si no existiese un nivel de influencia social o cultural o un nivel de influencia biológico (por supuesto, cuando hablo de influencia me refiero a una dirección biunívoca). La negación de la interdependencia cultural o social, llevó a los sistémicos a contemplar a la familia como un ente aislado de ese contexto social, dentro de la cual radicaba la patología, ahora no en forma de genes disfuncionantes, sino de relaciones disfuncionales. La crítica a estos planteamientos se hizo patente sobre todo en la década de los 80, con el auge de las publicaciones dedicadas a cuestionar el tratamiento dado hasta el momento a los temas de género, cultura, poder, etc.

La negación de la influencia de lo biológico no ha sido cuestionada con la misma profundidad que en el caso de lo cultural. Quizá porque el discurso biológico se había cedido a los modelos médicos tradicionales, y el sistémico había surgido como un nuevo paradigma, quizá por la influencia de las corrientes antipsiquiátricas. Lo cierto es que en esa época muchas escuelas, algunas aún en la actualidad, consideraron que la administración de psicofármacos suponía una mayor designación del paciente ya previamente designado y contribuía aún más a su descalificación en su estatus de enfermo mental.

Mi impresión es que salvo aquellos terapeutas sistémicos que podían seleccionar con cuidado sus pacientes y no se veían sometidos a la presión (no me refiero en número) a dar respuesta a los casos de la pública, los profesionales seguían utilizando psicofármacos o bien a cargo de un solo terapeuta o bien repartidos en roles terapéuticos diferentes. Mientras tanto la contradicción entre lo que supuestamente planteaba el modelo teórico y la experiencia clínica no se debatía o se intentaba reformular, sino que sencillamente se negaba. Como prueba a favor de este argumento está la escasez de publicaciones sobre el tema en revistas prestigiosas en el campo de la terapia familiar como es *Family Process*, o la ausencia del mismo incluso en los libros más recientes.

Estas posturas que se han mantenido hasta la actualidad, no encajan en mi opinión, con la esencia, desde sus orígenes del pensamiento sistémico y obligan a abrir el debate sobre el tema. En términos prácticos la terapia sistémica se entiende como «el conjunto comprensivo de intervenciones para tratar a la familia, incluyendo el individuo, pareja, familia nuclear, familias de origen, sistemas médicos y otros contextos más amplios, (trabajo, escuela), y el contexto cultural y étnico en el que todos ellos están imbuidos». Ofrece al terapeuta un paradigma único desde el cual comprender múltiples causas y contextos de conducta. Por lo tanto, supone uno de los modelos más comprensivos para el desarrollo de intervenciones y uno de los más prometedores para propiciar el cambio.

Las ideas sistémicas fundamentales supusieron un desafío a la causalidad

lineal. No era que una disfunción en el sistema serotoninérgico propiciase una depresión en la mujer y que, a su vez ésta repercutiese en la relación conyugal deteriorándola, es decir, «A» no es la causa primigenia, como puntúan los biologicistas que repercute en «B» y éste a su vez en «C», sino que se defiende una causalidad circular, mediante la cual: la depresión de la madre obliga, por ejemplo, a un cese de la escalada de agresividad entre el padre y el hijo mayor, quien, a su vez se posicionó desde la adolescencia a favor de la madre en el antiguo conflicto entre los padres, oscurecido, ahora, tras la toxicomanía del hijo y el enfrentamiento entre éste y el padre, y así en una espiral sin principio ni fin. Pero la causalidad circular, defendida por los sistémicos, sólo tuvo en cuenta el nivel de conducta relacional, que sin duda supone un nivel de análisis, en muchos casos suficiente para la remisión del síntoma.

Lo que no se tuvo en cuenta es que la causalidad circular también puede ayudar a entender la interacción entre distintos niveles de funcionamiento. Pensemos, por ejemplo en el creciente interés, desde la década pasada por la inclusión de asuntos culturales, de género y de etnia, en la sala de terapia. Supuso el reconocimiento que la familia no está aislada en el contexto espacio y tiempo, como no lo estaba el individuo, y que temas procedentes de contextos más amplios influían y eran influidos por el contexto familiar. La misma argumentación puede servir para hablar de individuo y del nivel de análisis biológico. Si partimos del supuesto de que el bienestar de la persona se deriva del equilibrio dinámico entre los niveles biológicos, psicológicos y familiares y sociales, podremos aceptar que el nivel de intervención pueda quedarse en un solo nivel, afectar a varios de ellos o incluso a todos.

Es en estos dos últimos supuestos cuando surge el problema de la integración psicofármacos y psicoterapia. Hay múltiples ejemplos, sobre todo en la medicina psicosomática de cómo los distintos niveles están en interrelación. Quizás donde más claramente se ponen de manifiesto sea en los extremos de la vida. Pensemos, por ejemplo en el retraso del crecimiento de un niño por privación afectiva o en la demencia de un anciano tras enviudar. El nivel de intervención biológico ha de ser uno más a considerar en un tratamiento sistémico. No es el principal foco, ni por descontado el único.

El campo principal de acción es el intersubjetivo, el relacional, en coherencia con la intervención individual psicoterapéutica y/o biológica según los casos. Porque, en ocasiones, también hay un equilibrio biológico que ayudar a restituir. El cómo incluir y dar sentido a los psicofármacos dentro de la terapia sistémica pertenece a la discusión de las siguientes preguntas.

Prof. Manuel Villegas: Responder en último lugar a la primera pregunta del cuestionario que se nos propone en esta mesa redonda electrónica pasa por la constatación de los múltiples discursos que se entrecruzan en las diversas respuestas

que previamente han dado ya mis compañeros, por lo que intentaré no repetirme en lo que otros ya han dicho con anterioridad y notable acierto.

Existen, efectivamente, multiplicidad de discursos en el ámbito de la psicología, que responden a otros tantos discursos de la propia sociedad, en cuyo seno se engendran y reproducen infinitamente en una incesante circularidad. El punto de vista de la metateoría constructivista es que toda teoría es una construcción ideológica que responde a su vez a una construcción social, en cuyo contexto debe ser entendida. En ese contexto se plantea y se responde la pregunta que abre este debate.

La primera cosa que debe constatarse es, por tanto, que la pregunta tiene sentido en un contexto social en el que existen y se suministran los psicofármacos, producto de una tecnología que los fabrica y de una ciencia que los diseña, fruto ambos de una larga y compleja historia de evolución del conocimiento científico, característica de la sociedad occidental.

Pero esa evolución científica y consiguiente revolución tecnológica no ha sucedido sin originar notables y profundos cambios en la concepción que el hombre tiene de sí mismo, de su destino y de su felicidad. Y esos cambios han afectado a los pacientes que enferman en el seno de esa sociedad. Una sociedad que con su desarrollismo ciego amenaza su propio hábitat natural y corroe la esencia de su naturaleza biológica. En efecto, sólo en nuestra sociedad reacciones naturales como el miedo y la ansiedad han llegado a convertirse en respuestas patológicas crónicas, o impulsos biológicamente autoregulados como el sexo y el hambre se han descontrolado patológicamente. Una sociedad donde la expresión y el reconocimiento de las emociones se ha vuelto extraña para el propio sujeto que las experimenta, originando una auténtica disconformidad consigo mismo.

Este «malestar en la cultura», que no debe achacarse a instancias superiores, sino a las contradicciones internas al propio desarrollo de la sociedad, busca en sus engendros más emblemáticos la solución a los problemas que genera. Coherentemente con esta posición «médicos y enfermos» entran en colusión en una escalada irrefrenable de, a mayor malestar, más y mejores pastillas para no pensar, no sentir, no experimentar y no cambiar; aunque, con frecuencia, hay que reconocerlo, han demostrado su utilidad terapéutica a otros niveles y en distintos grados. El problema es, evidentemente, como propone el mismo título de la mesa, de encaje y de integración en la praxis terapéutica.

Nada que objetar, por tanto, desde la perspectiva constructivista a la existencia, la producción y la administración de psicofármacos y a la construcción psiqu(e)-iátrica de la «enfermedad mental». Responde coherentemente a la cosmovisión en la que vivimos y conforme a la cual pensamos, sentimos y actuamos y a la que, en consecuencia, se atienen nuestros pacientes.

Pero como quiera que «no sólo de pastillas vive el hombre», todavía se producen rendijas en el bloque tecnológico por donde se cuelan los sufrimientos del

alma. Y la psicoterapia se convierte en el espacio donde -como dice Cancrini- «dar palabras al dolor».

En síntesis, la metateoría constructivista acepta la construcción que pacientes y agentes sociales hacen del sufrimiento psicológico. Entiende que no es la sala de psicoterapia donde se fragua la revolución epistemológica que lleve a cambiar el curso de la historia humana. Se propone metas mucho más modestas, las de hacer posible la comprensión del sentido de la experiencia humana concreta e individual, limitada en el espacio y en el tiempo, circunscrita a sus determinantes históricos individuales y sociales.

Superados los excesos ideológicos y politizados de la época antipsiquiátrica, el constructivismo hace su aparición en escena en una época post (-moderna, -racionalista, -milenarista), que considerada en sí misma todavía no es nada, pero que tal vez es el anuncio de una transición hacia un cambio difícil de entrever y vaticinar, pero en el que nos ha tocado vivir y en el que, como en otros periodos críticos de la historia, se ponen más de manifiesto la complejidad y los entresijos del alma humana y entre ellos el de sus relaciones con lo social, lo cultural, lo interpersonal y lo biológico. Este es el contexto en el que nos movemos todos. Y en este contexto tenemos que hacer compatibles los distintos niveles de construcción que pacientes y agentes sociales hacen del sufrimiento psicológico.

Dr. Carlos Mirapeix: Me corresponde cerrar este primer turno de preguntas en el que hemos tenido mucha densidad en las respuestas anteriores, pero voy a hacer en mi caso unos breves comentarios prácticos.

Desde la posición desde la que no sólo hablo, sino que ejerzo mi práctica clínica, me es imposible pensar en términos dicotómicos el asunto que nos ocupa, psicofármacos y/o psicoterapia. Ambos intervienen sobre subsistemas íntimamente relacionados y la relación circular bidireccional que se establece entre ellos, me resulta imposible de aprehender, si no es tomando el binomio como un todo, en el que una, la psicoterapia tiene su efecto en un nivel (psi), que afecta indefectiblemente al otro nivel (bio), que es en el que actúa el fármaco. Pero intentaré ser más concreto.

En primer lugar señalar que en el contexto clínico en el que trabajo, prescribimos psicofármacos al 69% de los pacientes y prescribimos psicoterapia al 60% (de estos sólo la inician en torno al 75%), con lo que nos encontramos que entre un 75-80% de pacientes en tratamiento activo en nuestra organización, siguen un tratamiento combinado en algún momento del proceso. Pero hubo hace años otro contexto clínico que me permitió valorar las consecuencias de los tratamientos combinados, y fue cuando trabajé en un proyecto de investigación durante tres años de psicoterapia grupal con esquizofrénicos en régimen ambulatorio.

A nivel teórico la utilización conjunta de estos tratamientos me parece la estrategia más eficaz en términos generales para la mayor parte de los trastornos,

con alguna excepción como la agorafobia sin pánico, los TOC compulsivos puros y algún otro trastorno monosintomático, en los que los abordajes conductuales puros sin adición de fármacos se han demostrado los más eficaces. En el resto de la patología, la utilización conjunta de psicofármacos y psicoterapia insisto en que me parece la opción más efectiva y eficaz. En un nivel de microanálisis, me sumo a aquel planteamiento de Beck (1988) en el que decía que había un continuo cognitivo entre la terapia de conducta, la cognitiva, el psicoanálisis y la psicofarmacología, en el que mencionaba, «los pensamientos no causan cambios neuroquímicos y éstos no causan pensamientos. Cambios neuroquímicos y cogniciones son los mismos procesos examinados desde perspectivas diferentes». Hoy tenemos datos que demuestran cómo técnicas psicoterapéuticas y psicofármacos, producen las mismas modificaciones funcionales a nivel cerebral medidas por PET-Scan. Luego el nivel de reflexión integrador nos debiera de llevar a cuestionarnos, ¿qué de tratamiento biológico tiene la psicoterapia? (la modificación de las conexiones neuronales basadas en la plasticidad), y ¿qué de psicológico tiene la farmacoterapia? (la mejora de diversas funciones cognitivas y la facilitación de la reestructuración funcional). La relación dialéctica me parece evidente. La misma relación dialéctica como señala Beatriz Rodríguez Vega se puede realizar al incluir lo social.

Pero desde un punto de vista práctico esto tiene consecuencias que quiero señalar. Desde mi experiencia y la de otros: los tratamientos combinados, en los que desde mi posición se otorga una importancia prioritaria a la psicoterapia, consiguen en la mayoría de los trastornos efectos como los siguientes: una disminución de la dosis total de psicofármacos ingeridos, dosis menores en las fases agudas en algunos trastornos, disminución del tratamiento de mantenimiento con una suspensión más precoz de los psicofármacos y una disminución de la tasa de recaídas (por el efecto preventivo que sobre ellas tiene la psicoterapia).

Pero de estas afirmaciones apasionadas de un clínico convencido, sólo algunas de ellas tienen evidencia empírica, falta mucho por hacer en el terreno de la investigación sobre tratamientos combinados.

SEGUNDA PREGUNTA:

La combinación de abordajes puede crear un serio conflicto en cuáles son los objetivos del tratamiento. ¿Quién debe de tener prioridad en el señalamiento de la secuenciación adecuada?. ¿Cómo plantear la disminución, retirada o modificación del tratamiento psicofarmacológico en función de los procesos realizados en el abordaje psicoterapéutico?

Isabel Caro y Elena Ibáñez: Esta es una pregunta compleja por cuanto incide en cuestiones importantes como: metas de los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos, diseño del tratamiento psicológico y farmacológico para conseguir diversas metas, combinación «real», es decir, no elaboración teórica de

un modelo integrador, especificación del cambio, criterios de alta, etc. Entrar en cada una de estas dimensiones supondría darle una amplitud desmesurada a nuestra respuesta, por eso, vamos a centrarnos en sólo algunos comentarios básicos.

Para poder entender nuestra respuesta, debemos partir de un supuesto básico: el psicólogo sabe lo que supone un tratamiento con medicación y el psiquiatra sabe lo que supone realizar una psicoterapia. Si esto se da, el criterio de prioridad lo van a establecer las *necesidades* clínicas del paciente. En el sentido de que los fármacos ayudan de manera importante al control de síntomas, por ejemplo, los síntomas de ansiedad, o por ejemplo, en el caso de la depresión son un apoyo para que el paciente funcione mejor mientras la terapia cognitiva va haciendo efecto en este caso, o en el caso de problemas de ansiedad ayudan a que el paciente ponga en práctica las técnicas cognitivas.

Creemos que la disminución, retirada, etc., se debe hacer, igualmente, siguiendo el criterio de la *necesidad* del cliente, y ahí es donde la evaluación del cambio clínico, cobra un papel preponderante. Esto es, tanto un tratamiento como el otro se pueden combinar, y desde el punto de vista de la terapia cognitiva no son incompatibles, y lo que es más importante, tanto uno como el otro están bien estructurados, en el sentido de que el uso de un fármaco o el uso de una técnica cognitiva «vienen dados» con sus líneas de actuación. Así, ponerlos en marcha o retirarlos sólo puede hacerse en función de metas clínicas y cumplimiento de las metas.

Tanto es así, que un psicólogo no va a entrar a discutir con el psiquiatra sobre la retirada de un fármaco antidepresivo cuando éste prescribe una dosis determinada de retirada. Y de la misma manera, un psiquiatra no va a entrar a discutir con el psicólogo, si el cambio cognitivo debe seguir afianzándose con unas sesiones extra de práctica o de seguimiento.

Es el cambio clínico en el cliente quien lo determina, y afortunadamente tanto el psicólogo como el psiquiatra tienen algo que decir. Solamente en algunas terapias conductuales, como por ejemplo en el tratamiento de la agorafobia mediante técnicas de exposición, debe de existir un acuerdo previo entre psiquiatra y psicólogo acerca de cómo utilizar el fármaco por parte del cliente, ya que en ese caso el fármaco puede interferir el aprendizaje del paciente.

Beatriz Rodríguez Vega: El modelo sistémico no se ha interesado expresamente por contestar preguntas que tengan que ver con la combinación de tratamientos, y es en los últimos años, con la presencia de actitudes integradoras, cuando aparecen referencias a estos temas.

Drogas y/o psicoterapia, antes o después, dependerá no sólo del diagnóstico, sino de otras variables del caso concreto (creencias, expectativas, capacidad de psicologizar el problema). En general, los estudios de investigación apuntan a que los psicofármacos actúan con eficacia a la hora de mejorar síntomas somáticos

(como ya señalaban I. Caro y E. Ibáñez), mientras que la psicoterapia resulta más eficaz para modificar funcionamiento social e interpersonal. Todo ello, sin caer en actitudes dicotómicas, y considerando que estamos dentro de un mismo marco explicativo, ante diferentes niveles de acción.

Estos datos son acordes con la práctica clínica en la que se da prioridad a los psicofármacos cuando los síntomas son de tal intensidad que impedirían o dificultarían en extremo el trabajo psicoterapéutico. También con la experiencia de que los psicofármacos, en muchos casos, actúan con más rapidez sobre los síntomas que las intervenciones psicoterapéuticas. Pero hay otros factores a tener en cuenta a la hora de decidir cómo secuenciar o dar prioridad a un tratamiento sobre otro. Así, por ejemplo, hay que atender a la versión que el paciente mantiene de su problema.

Conocerla requiere una exploración exhaustiva de las creencias o significado psicológico que el o la paciente da a sus síntomas. Quiero decir, pacientes «orgánica o médicamente orientados», que localizan las causas de sus problemas estrictamente en un plano biológico y fuera de su capacidad de control, buscarán con más probabilidad intervenciones medicalizadas y respuestas desde el exterior como es la toma de psicofármacos. Con estos pacientes la intervención se limita, muchas veces, a la medicación y a una relación interpersonal con el psiquiatra, que tiene por objeto principal reforzar la toma de medicación y discutir los efectos secundarios de ésta.

Otros pacientes, más «orientados a lo psicológico», consideran el trastorno psiquiátrico, como algo consonante con su forma de entenderse a sí mismos. Estos pacientes puede que no busquen solamente un alivio de sus síntomas, sino una intervención terapéutica que les ayude a construir una explicación o narrativa con la que comprender la irrupción del trastorno en el marco de su biografía individual e interpersonal. Estas personas, con frecuencia, van a pedir explícita o implícitamente, desde el principio, una intervención psicoterapéutica, cuando no rechazar abiertamente la toma de medicación al considerarla una prueba más de su propia incapacidad para salir «por sí solos» de la situación.

También es frecuente encontrarnos pacientes que interpretan la toma de medicación como un abandono del autocontrol en manos del médico o de la droga psicotropa, lo que les refuerza la idea de que los factores curativos están fuera de él o ella. Parece, pues, fundamental en las fases iniciales de la relación terapéutica, hablar de estas creencias y trabajarlas desde el principio. En las primeras fases es frecuente que los esfuerzos se encaminen al alivio sintomático y que el discurso del o la paciente estén muy centrados en sus síntomas. En estas fases, o en el caso de los pacientes más «orientados orgánicamente» el tratamiento psicofarmacológico es, con frecuencia, el predominante.

Cuando el paciente adopta una actitud regresiva o la necesidad de medicación surge en las fases intermedias de una intervención psicoterapéutica, la toma de medicación puede, aún cuando sea prioritaria, intensificar los sentimientos de

dependencia. Las pastillas pueden convertirse en el sustituto de la relación buscada que solucione los problemas sin que él o ella tengan que adoptar una actitud más activa.

Cuando el foco de tratamiento es la familia o la pareja la situación se complica por el significado relacional que adquiere la toma de medicación para la persona que la toma y para los demás participantes. La prescripción de psicofármacos supone en estos casos una designación mayor del sujeto como paciente y, al tiempo que medicaliza la intervención, también puede desresponsabilizar al resto de los miembros que pueden colocar en la medicación toda la responsabilidad de la marcha del tratamiento.

La retirada o disminución del tratamiento farmacológico puede plantear problemas similares, al devolver al paciente o a la familia y en fin al proceso relacional terapéutico, una mayor responsabilidad en la evolución del trastorno, que será preciso explicitar y trabajar. En resumen, la decisión de la importancia de uno u otro y la secuencia de éstos dependerá:

- de la intensidad de los síntomas (que por un lado pueden bloquear el enganche psicoterapéutico y, por otro lado, responder con más rapidez a los psicofármacos);
- del momento de la relación psicoterapéutica;
- de la versión que el paciente aporta de su problema (psicológica orgánicamente orientada);
- y, cómo no, de la versión que el psiquiatra o psicólogo mantenga.

Manuel Villegas: El enunciado de la segunda pregunta sobre el conflicto que puede originar la combinación de abordajes farmacológicos y psicoterapéutico respecto a los objetivos del tratamiento me hace evocar las palabras de un paciente quien expresaba su experiencia concreta de este modo: Es como si a un ascensor lo llamaran simultáneamente desde el sobreático y de los sótanos de un edificio; “¿A qué señal debería hacer caso?”.

Es evidente que el desconcierto expresado por este paciente obedece a una construcción muy personal, como todas, de la propia experiencia. Sin embargo, constituye una ilustración muy interesante de los diversos niveles evolutivos de construcción de la experiencia. La química farmacológica actúa sobre estructuras orgánicas y fisiológicas que por su naturaleza son de carácter subsimbólico y de las que ni siquiera tenemos un conocimiento o representación directos. El «paciente» toma los psicofármacos sin saber cómo actúan en su organismo; puede, a lo sumo, percibir sus efectos, tanto primarios como secundarios, sobre su organismo y estado de ánimo. Se trata de un proceso del que ni siquiera se puede tener un conocimiento implícito, puesto que no es siquiera el resultado de la interacción del organismo con el ambiente, como podría ser el resultado del aprendizaje de reflejos o de automatismos conductuales, sino de procesos bioquímicos sobre los que el sujeto no tiene ningún tipo de control.

Esta total ausencia de participación activa en el proceso de «mejora sintomatológica» lo posiciona claramente como «paciente», dado que el «principio activo» o agente de la cura es una sustancia de naturaleza química. La psicoterapia, en cambio, ni que sea de corte estrictamente conductista, exige una implicación del sujeto como agente, el cual tiene que enfrentar activamente sus síntomas, o, en encuadres psicoterapéuticos más complejos, plantearse el cambio de sus esquema de pensamiento, de los significados que otorga a **su** experiencia o, incluso, de sus formas de vida.

La integración de ambos abordajes depende, pues, en gran medida de cómo se concibe la construcción del psiquismo humano. La visión evolutiva de este proceso de construcción como el resultado de la integración de sucesivos niveles o subsistemas del Sistema Nervioso permite integrar en sentido descendente los niveles inferiores desde los superiores, pero difícilmente posibilita la integración en sentido inverso, la de los niveles superiores desde los inferiores. Así encontramos pacientes que construyen su sintomatología a nivel puramente orgánico, ignorando, negando o, incluso, rebelándose contra cualquier intento de buscar una significación simbólica o contextual a su patología. Coherente con esta posición es también la de algunos médicos o psiquiatras que piensan que la psicoterapia sólo son pamplinas, tertulias de café o, en el peor de los casos, sirve para complicar todavía más las cosas. En el polo opuesto nos encontramos los pacientes que desde una posición ideológica o **vivencial** se niegan a tomar medicación o dejan de tomarla por su cuenta, porque les hace sentir peor, no están tan «locos» como para haberla de tomar, es un elemento de alienación, pierden algunos atributos especialmente estimados por ellos o puede «afectar a sus espermatozoides».

La combinación de abordajes es, sin duda, posible y deseable en muchos casos, pero no siempre es aceptada igualmente por pacientes, psiquiatras y psicólogos. Para aquellos profesionales que unen en su personas la doble condición de psiquiatras y psicoterapeutas existen sin dudas más recursos para poder sugerir la doble combinación de una y otra forma de tratamiento. Para quienes no reúnen estas características resulta más problemático: por una parte porque cuesta convencer a algunos pacientes de la conveniencia de seguir un tratamiento farmacológico, lo cual no parece coherente con el propio tratamiento psicológico; por otra, porque resulta a veces difícil atribuir los cambios que se van produciendo a uno u otro tratamiento y reforzar el camino más laborioso de la psicoterapia cuando se experimenta una mejoría con un procedimiento más mecánico. Sabemos que el malestar o el sufrimiento es un aliado inseparable de los procesos de cambio; pero que, al mismo tiempo, actúa como un factor de inhibición o evitación del mismo.

Para que tal combinación resulte pues favorable se requiere, a mi juicio, una construcción diferenciada de los alcances y los límites de cada tipo de tratamiento y de la complementariedad recíproca entre ellos. Este es un trabajo producto, en parte, de la propia terapia y de la confianza y alianza mutuas establecida entre

terapeuta y paciente, y del grado de colaboración institucional acordada entre psiquiatras y psicólogos. La cuestión sobre la prioridad en el señalamiento de la secuenciación en el tratamiento corresponderá, caso de no coincidir la duplicidad de roles en la misma persona, al profesional que tenga en cada momento una mayor responsabilidad respecto al paciente. Ésta puede incluso variar en el transcurso del tratamiento a causa de incidentes que decanten el peso de la intervención hacia un lado o el otro. En este sentido el planteamiento relativo a la disminución, retirada o modificación del tratamiento psicofarmacológico podrá venir sugerida desde la perspectiva psicoterapéutica, pero gestionada y decidida por el juicio del psiquiatra de referencia.

El planteamiento puede surgir del mismo paciente, generalmente en relación a la disminución o retirada de los fármacos, o contrariamente venir indicada por el terapeuta en casos en que se juzgue la conveniencia de su prescripción, señalando de forma explícita al paciente las condiciones, las ventajas y los límites en los que se hace tal indicación. Puede llegar incluso, en casos extremos, a ser deseable una interrupción de la psicoterapia a fin de promover la adhesión al tratamiento farmacológico, dejando muy claro que esto no constituye un abandono por parte del terapeuta, sino sólo un replanteamiento de las bases sobre las que establecer una colaboración nueva para un tratamiento combinado.

Carlos Mirapeix: Esta pregunta abre la caja de los truenos. Los planteamientos integradores, a veces son descafeinados en su intento de buscar la síntesis entre posicionamientos dialécticos encontrados, aguan la tensión argumental en un intento de buscar lo útil y beneficioso de todas las partes que contribuya a construir un discurso que satisfaga a todos.

En este caso voy a introducir cierto radicalismo en mi posición integradora. La primacía de lo *biológico*, esta fuera de toda duda, todo es construido sobre una estructura física que nos soporta; ahora bien haciendo honor al título de una publicación ya clásica, queda clara *la supremacía de lo psicológico*. Sólo desde esta perspectiva se comprende un discurso, que si bien basado en la integración de subniveles según la TGS, no duda en atribuir una clara preponderancia a lo psicológico. Desde aquí, la combinación de psicofármacos y psicoterapia, debe de ir dirigida a satisfacer este presupuesto. Los fármacos no son otra cosa que un instrumento que el individuo puede necesitar en un momento dado para equilibrar su subsistema biológico, pero será el trabajo en el nivel de lo psicológico, lo que dará una auténtica dimensión individual/psicológica al cambio efectuado.

Se podría decir que es la estabilización conseguida por el fármaco lo que permite que actúe la psicoterapia. Bueno, pues aunque en contadas ocasiones esto sea así (casos en los que hay una gravedad sintomática), tenemos argumentos suficientes para afirmar varias cosas:

1) La psicoterapia produce cambios en la funcionalidad cerebral, de la misma

magnitud que los psicofármacos.

2) La psicoterapia es igual de efectiva que los psicofármacos en muchos trastornos del eje I y tratamiento de elección en eje II.

3) Es mucho más efectiva, la psicoterapia, en la prevención de recaídas.

4) Utilizada en combinación con psicofármacos permite utilizar dosis menores y durante menos tiempo de mantenimiento.

5) Si la psicoterapia previene mejor las recaídas, cabría inferir que de entre los cambios producidos a nivel biológico, serán más duraderos los producidos por la psicoterapia que los producidos por los psicofármacos.

Por lo tanto a la pregunta ¿Quién debe de tener prioridad en el señalamiento de la secuenciación adecuada?, la respuesta a mi juicio es: la secuenciación de los tratamientos debe de ir siempre dirigida a que el individuo gane mayor control sobre su propia vida, por lo que las intervenciones psicoterapéuticas son prioritarias en la secuencia de intervenciones que se determine, aunque en un momento dado esté indicado intervenir primero con psicofármacos (por la gravedad sintomática), esto deberá ser realizado así, para abrir la puerta a las intervenciones psicoterapéuticas. En esta respuesta va implícito un posicionamiento radical: en los trastornos mentales que requieren de ayuda profesionalizada, la psicoterapia está siempre indicada y los psicofármacos sólo a veces, por lo que la combinación siempre es subsidiaria de la prioridad de lo psicológico como queda dicho.

Por ultimo, ¿Cómo plantear la disminución, retirada o modificación del tratamiento psicofarmacológico en función de los procesos realizados en el abordaje psicoterapéutico?. La respuesta a esta última pregunta puede inferirse de la anterior y coincide totalmente con la posición de Villegas: es desde un entendimiento psicoterapéutico de la patología del sujeto como se entiende el sentido individual que ha tenido el fármaco en el trastorno, por lo que es desde la psicoterapia desde donde mejor se va a tener conocimiento de cuál es la secuencia ideal de la retirada de la medicación en función de los procesos que hayan ido teniendo lugar a lo largo del tratamiento. Esto exige una muy buena formación de los psicoterapeutas y una especial sensibilidad de los psiquiatras; premisas que ojalá se cumplieren.

Enrique Echeburúa: La secuencia de un tratamiento combinado (cuando éste sea el tipo de intervención adecuado, por ejemplo en un trastorno obsesivo-compulsivo o en una agorafobia acompañada de depresión) debe comenzar por una terapia farmacológica (que actúa con más rapidez que una psicológica), siempre que derive de un correcto diagnóstico clínico, de una buena selección del fármaco indicado, del empleo de la dosis mínima eficaz para cada paciente y de la duración suficiente del tratamiento.

La terapia de conducta, integrada en una segunda fase, puede potenciar el tratamiento farmacológico facilitando el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, posibilitando la reducción de la dosis del fármaco y contribuyendo al

acortamiento del tratamiento, así como a la actuación sobre los síntomas residuales y sobre la prevención de las recaídas. Una vez que la terapia psicológica ha entrado en funcionamiento (habitualmente en un periodo de 1 a 3 meses), se programa la reducción de la dosis y el abandono total del fármaco, en los casos en que esto es posible, para facilitar la atribución de la consecución de la mejoría al tratamiento psicológico, que, desde esta perspectiva, funciona a largo plazo como una estrategia de autocontrol.

La prescripción del fármaco, con su actuación limitada y su cortejo de posibles efectos secundarios, es un procedimiento de choque al servicio de un cambio global que va a requerir otras medidas (exposición, cambios cognitivos, relajación, etc.). Si bien el paciente tiene habitualmente un sobreaprendizaje en relación con el efecto beneficioso de los fármacos en el tratamiento de las enfermedades, el fármaco no es lo fundamental, al menos en muchos casos, ni puede considerarse la terapia de conducta como una mera intervención secundaria o paliativa de síntomas residuales.

En resumen, de lo que se trata es de enseñar al paciente procedimientos de autocontrol y estrategias de afrontamiento activas para hacer frente a los problemas experimentados, evitar la dependencia y efectos secundarios de los fármacos y hacer menos probable la recaída.

P.D.: Respecto al comentario de las profesoras Caro e Ibáñez en relación con mi contestación a la 1ª pregunta, debo decir que no he dicho que los ansiolíticos inducen un efecto exclusivamente placebo. Lo que he querido decir -ese es mi punto de vista- es que *pueden* inducir un efecto placebo y (en función de sus propiedades farmacológicas) afectar positivamente a las habilidades verbales, aumentar la motivación, mejorar las funciones cognitivas (memoria y atención), facilitar el recuerdo, reducir las distracciones y asegurar la concentración.

Miguel Angel González Torres: En las condiciones ideales; es decir, cuando tratamos de dos terapeutas que conocen bien su disciplina y al menos están bien informados de la disciplina ajena (si es que tal milagro es posible) la secuenciación del tratamiento no tiene por qué plantear problemas. Centrándonos en la combinación psicoterapia psicoanalítica y psicofármacos hay que decir que los objetivos son diferentes y por tanto dentro de unos límites muy amplios cada terapeuta debe seguir su propio ritmo. Como es bien conocido, la medicación se dirige al alivio y control de una serie de síntomas que pueden ser bien precisados y la psicoterapia psicoanalítica se centra en el estudio de la conflictiva intrapsíquica y/o interpersonal que acompaña y a veces subyace a dichos síntomas. La labor de cada terapeuta respecto al otro será evitar actuaciones que dificulten la labor ajena y ello sólo se consigue partiendo primero del conocimiento de la tarea propia y ajena y segundo actuando con respeto.

En mi opinión la mayoría de los problemas que surgen al combinar fármacos y psicoterapia provienen no de dificultades intrínsecas de los abordajes terapéuticos

sino simple y llanamente de conflictos interpersonales relacionados con la búsqueda y el mantenimiento del poder y la influencia sobre el paciente. La envidia, los celos, la desconfianza, la competición, el temor a perder el aprecio del paciente, el cuestionamiento de la propia imagen profesional, son vivencias bien conocidas que juegan un importante papel en este ámbito.

Es cierto que en nuestra área es quizá más fácil que surjan estos problemas porque la voluntad integradora es reducida y la integración difícil de llevar a cabo cuando se trata de disciplinas a veces muy alejadas en cuanto a la formación e inclinaciones científicas de los practicantes. El respeto suele ser hijo del conocimiento y éste requiere voluntad integradora y esfuerzo personal.

En cualquier caso, la realidad terapéutica suele encargarse de poner en su sitio el narcisismo desbordado de los terapeutas. Es el paciente, y no los terapeutas, quien toma las decisiones sobre secuenciación y prioridad en el señalamiento. El paciente llega a nosotros con su propia teoría sobre el origen de su enfermedad e integra en ese conjunto de creencias e inquietudes las aportaciones del farmacólogo y del psicoterapeuta. Según su criterio, respetará parcialmente la prescripción medicamentosa (no más del 50% de los pacientes cumple el tratamiento médico según se le ha prescrito) y tampoco se abrirá de par en par al trabajo de la psicoterapia, abandonando el tratamiento antes de la fecha que el terapeuta desea e influyendo poderosamente sobre el ritmo, la frecuencia y la intensidad de las sesiones.

La segunda sub-pregunta encierra en mi opinión una falsa creencia; las modificaciones del tratamiento farmacológico no deben ser planteadas en ningún caso en función de los procesos realizados en el abordaje psicoterapéutico. Los objetivos son diferentes y los parámetros que nos van a permitir evaluar los progresos en una u otra área son diferentes. Es verdad que el clínico que controle la medicación puede detectar fenómenos relacionales (por ejemplo trans/contratransferenciales) que arrojen luz sobre la problemática global del paciente y, viceversa, el clínico que lleve la psicoterapia puede hallar cambios en variables relevantes para su colega que también terminen de perfilar la situación general. Sin embargo, creo que pocas veces lo detectado en uno u otro campo obliga a cambiar de actitud terapéutica en la “otra” línea de trabajo. Quizá el riesgo de suicidio pueda ser una de esas excepciones; su aparición puede obligar a ambos clínicos a modificar radicalmente actitudes terapéuticas, farmacológicas, psicoterapéuticas y de otro tipo (hospitalización, por ej.).

Posiblemente encierra mayores dificultades la combinación de psicoterapias distintas, sobre todo cuando se aplican desde dos terapeutas diferentes. Entiendo que en ese caso -imaginemos por ejemplo un psicoanalista y un terapeuta cognitivo- el solapamiento entre enfoques sería abrumadoramente mayor y las posibilidades de conflicto enormes. Sólo dos terapeutas conocedores de ambas técnicas podrían sacar el máximo partido de la intervención múltiple, o bien un terapeuta integrador

que secuenciara según su único criterio las variadas técnicas posibles.

PREGUNTA N° 3

Una variante que considero interesante cuestionarnos es el momento de la combinación; no es lo mismo iniciar una psicoterapia cuando el paciente está ya tomando un psicofármaco, que combinar psicofármacos cuando el paciente sufre un empeoramiento durante el tratamiento psicoterapéutico. ¿En este segundo caso, cómo maneja el psicoterapeuta, desde su perspectiva teórica, la necesidad de introducir un psicofármaco cuando la psicoterapia está en curso?. Por último, en la fase de terminación de la psicoterapia, hay pacientes que han de seguir tomando psicofármacos durante un tiempo, ¿cómo plantea este asunto al paciente desde su marco teórico?

Enrique Echeburúa: La introducción de un tratamiento psicofarmacológico en el transcurso de una terapia psicológica como consecuencia de un empeoramiento -o de una falta de mejoría- del paciente puede mejorar el rendimiento del tratamiento psicológico, al actuar la medicación sobre las funciones cognitivas (atención y memoria), afectivas (estado de ánimo) y motivaciones. De este modo, los psicofármacos pueden facilitar al paciente las condiciones adecuadas para el aprendizaje de nuevas estrategias psicológicas de afrontamiento, como la solución de problemas, las habilidades de comunicación, la reestructuración cognitiva o la implicación en actividades positivas.

Hay casos, sin embargo, en que ciertas técnicas terapéuticas psicológicas, como la exposición (utilizada especialmente en las fobias y en el trastorno obsesivo-compulsivo), son incompatibles con la prescripción de ansiolíticos. En estos casos se puede producir una interacción negativa (disociación farmacológica). Es decir, la medicación puede interferir en el aprendizaje de tareas psicológicas realizadas bajo su influencia y, en consecuencia, dificultar la generalización de los logros terapéuticos obtenidos en esas condiciones a las situaciones habituales sin el consumo de fármacos. Los antidepresivos, por el contrario, son compatibles con el tratamiento de exposición cuando los pacientes cuentan con un estado de ánimo disfórico y predominan en el cuadro clínico los ataques de pánico (en el caso de la agorafobia, por ejemplo).

En cualquier caso, si se introduce una medicación como consecuencia de un agravamiento en el transcurso de la terapia psicológica, debe enfocarse como un procedimiento de choque para facilitar el tratamiento psicológico. Se trata de que esta intervención psicofarmacológica sea por un periodo de tiempo limitado, con el objetivo de minimizar los efectos secundarios y de facilitar la atribución de la mejoría experimentada a la terapia psicológica. Sólo de esta manera se generan las estrategias de afrontamiento y se potencian las expectativas del paciente respecto a su capacidad de autocontrol.

Desde la perspectiva de la terminación del tratamiento, el procedimiento sugerido por la terapia de conducta es justamente el opuesto al propuesto por la segunda parte de la pregunta. Considerados como una terapia de choque, la prescripción de los fármacos debe ser limitada temporalmente a causa de los efectos secundarios y de las posibles consecuencias a largo plazo, así como de los efectos atribucionales. La secuencia cronológica, en los casos indicados de tratamientos combinados, puede ser la siguiente: a) fármacos para hacer frente a los síntomas agudos y graves; b) fármacos (a veces en dosis más reducidas que en la fase anterior) y terapia de conducta para desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento; y c) terapia de conducta sola para prevenir las recaídas. De este modo, el paciente puede atribuir los logros terapéuticos duraderos al tratamiento psicológico, evitar así la dependencia psicológica de los fármacos y del terapeuta y, en último término, generar una mayor seguridad en sí mismo.

Estas consideraciones sobre las relaciones entre la terapia de conducta y la psicofarmacología derivan de una premisa subyacente: la necesidad de proceder a la evaluación de las intervenciones terapéuticas, cualesquiera que éstas sean. A falta de una evaluación más precisa, las combinaciones terapéuticas parecen sugerentes, pero no se deben soslayar los problemas planteados, como la posibilidad de interacciones negativas, la inoculación de un mayor sentimiento de enfermo al paciente, el costo excesivo en términos económicos y de dedicación terapéutica y, desde un plano metodológico, la dificultad en el análisis diferencial de los componentes del éxito terapéutico.

Por último, la comparación entre las terapias psicológicas y los fármacos no puede hacerse al margen de otras consideraciones. En concreto, la intensidad de la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta es un factor común con influencia significativa en el resultado del tratamiento, sea éste del tipo que sea.

Isabel Caro y Elena Ibáñez: En principio, desde un punto de vista teórico, no hay incompatibilidad, tal y como hemos señalado en respuestas anteriores. Pero esta cuestión que se introduce en la primera parte de la pregunta abre otros interrogantes. Nosotros presentamos la introducción del fármaco como una ayuda para el control de síntomas en el caso de la ansiedad, o como apoyo para funcionar mejor en la depresión, mientras la terapia hace efecto.

Ahora bien, si esto se produce cuando la psicoterapia está en curso, a causa de un empeoramiento, aquí pueden darse problemas en forma de dudas sobre la eficacia de la psicoterapia, sobre las posibilidades de mejora, etc. Problemas que deben ser aislados y tratados con técnicas cognitivas, como por ejemplo, técnicas de reatribución, análisis de la lógica incorrecta, búsqueda de respuestas alternativas, etc.

Es decir, el psicólogo debe buscar ideas negativas, creencias, etc. Sobre este «impasse» e integrarlas como una parte más del tratamiento. De todas maneras esta

pregunta puede tener una segunda lectura que se relaciona con el empeoramiento. Cuando un psicólogo busca una combinación, una integración, un apoyo porque hay un empeoramiento, puede deberse a que la terapia no está funcionando y eso implica un replanteamiento general del tratamiento en curso.

Aunque la terapia cognitiva tiene suficientemente elaborada su estructuración, criterios de mejora, etc., nadie puede diseñar «a priori» un tratamiento hasta el final, y elucidar su curso, ni asegurar su mejora. Nuestro consejo, en este caso, es tomar el empeoramiento y la necesidad de apoyar el cambio farmacológicamente, como una «excusa» de reevaluación teórica y clínica del tratamiento cognitivo impartido a ese paciente en concreto.

Respecto a la segunda parte de la pregunta, siempre se debe integrar la prescripción en función de la psicopatología, desde una perspectiva bio-psico-social, que nos permite mejorar unos aspectos y mantener otros. De todas maneras, el caso contrario a lo planteado en la pregunta también se da, ya que se prescriben al paciente, sesiones de seguimiento y mantenimiento especialmente diseñadas para él, donde se presta una atención especial a que el paciente practique activamente todas las técnicas que ha aprendido. Si la terapia cognitiva le ha enseñado a «cambiar su forma de ver algunas cosas», «su filosofía de vida», etc. la prescripción es que lo siga haciendo.

En dichas sesiones, se puede integrar fácilmente la toma continua de fármacos, que suponemos el paciente ya ha asumido previamente. Al margen de que, no olvidemos, el psiquiatra tiene la palabra sobre cómo y cuándo retirar un fármaco para lo que esperamos tenga en cuenta la opinión del psicólogo y viceversa.

Manuel Villegas Besora: El momento de confluencia de un tratamiento psicofarmacológico con otro psicoterapéutico puede presentar características diferenciales en función de tres variables temporales: antes, durante y después de un tratamiento u otro. Así mismo los motivos para una combinación u otra pueden obedecer a causas muy diversas en función de quién, cómo o porqué decide introducir, disminuir o eliminar un abordaje farmacológico y/o psicoterapéutico. El desarrollo exponencial de todas las posibles interrelaciones nos llevaría a una combinatoria casi infinita que resultaría del todo infructuosa. Así que me parece más operativo hacer referencia a las situaciones más comunes en función de dos variables la del “paciente” y la del “terapeuta”.

Es frecuente que algunos “pacientes” se acerquen a la psicoterapia con el deseo explícito o implícito de dejar la medicación o, incluso, con la intención de evitarla ya desde el inicio, si todavía no han empezado a tomarla. Generalmente estos casos vienen acompañados de una demanda muy clara al respecto. Los motivos no son, sin embargo, siempre equivalentes: para unos se trata de una cuestión casi “ideológica”; para otros de una desconfianza o temor hacia los fármacos, disfrazada o no con argumentos más o menos fundados, relativos a los efectos secundarios y/

o a los problemas derivados de una posible dependencia; otros parten de experiencias anteriores desagradables o simplemente de la de su ineficacia. Lógicamente cada uno de ellos construye la situación de modo distinto. Si bien desde el enfoque constructivista damos la prioridad, aunque no la exclusividad, al punto de vista del sujeto, una confrontación con las bases experienciales o fantasmáticas de tal construcción puede ser útil en casos en los que el nivel manifiesto de ansiedad, las alteraciones del sistema neurovegetativo -insomnio, grave inapetencia, crisis de pánico, etc.-, la ideas persistentes y recurrentes de suicidio hacen difícil o casi imposible el desarrollo de una vida normal y el propio provecho del trabajo terapéutico. En este caso puede ser adecuado negociar con el “paciente” una reconstrucción del psicofármaco en términos relativos a la función autoreguladora de la actividad neurovegetativa o del estado de ánimo sin que eso vaya en detrimento del trabajo psicoterapéutico, sino todo lo contrario. Convendrá en cualquier caso valorar positivamente el interés en la psicoterapia y la voluntad de superar por medios propios los problemas objeto de tratamiento psicoterapéutico.

Sin embargo en algunos casos esto no basta. Piénsese en el caso del paciente que utiliza el rechazo a los psicofármacos como modo de justificar cualquier forma de socialización de su problemática, a la vez que exige a la sociedad hacerse cargo de ella, se autoingresa cuando le parece, no sigue la medicación porque incompatible, según su construcción, con las sustancias adictivas que consume y a la vez pide una psicoterapia «psicodélica» congruente con su construcción de la droga como medio de expansión de la conciencia. O en el paciente que niega juntamente con toda la familia una patología psicótica se opone a cualquier intento de medicación, acude a los servicios psicológicos, al tiempo que recurre a magos y quiromantes, salta de psiquiatra en psiquiatra, de psiquiatra a psicoanalista, de psicoanalista a psicólogo, de psicólogo a naturista, a dietista, a homeópata para volver a psiquiatra y psicólogo ante un claro brote delirante esquizofrénico. Me refiero, naturalmente a casos reales. Estos casos ponen al profesional ante la ineludible necesidad de negociar las condiciones en que puede hacerse aceptable su intervención. Gran parte de la intervención psicoterapéutica, al menos en sus momentos iniciales, pasa por reconstruir el significado y la función de la medicación en estos casos. En situaciones extremas puede ser indicado, incluso interrumpir o no aceptar el tratamiento psicológico hasta tanto no se haya consolidado la adhesión al tratamiento farmacológico. Más comprometida resulta la situación en la que el agravamiento se produce en el curso terapéutico, cuando inicialmente no se había producido ninguna indicación farmacológicas. Existe, al menos hipotéticamente, la posibilidad de atribuir a la propia psicoterapia o al curso o proceso psicoterapéutico, un efecto pretendidamente yatrogénico. Dado que en cualquier caso tiene que prevalecer el bienestar del paciente, esta situación deberá enfrentarse con sinceridad y realismo, explicando al paciente la conveniencia -el cómo, el porqué y el hasta cuándo- de combinar la psicoterapia con una ayuda farmacológica complementaria

y/o, en algunos casos, primaria e insustituible, atendiendo, a su vez psicoterapéuticamente a los efectos derivados en el ánimo del paciente y en sus esfuerzos de reconstrucción de esta nueva situación.

Al término de la psicoterapia no deberían quedar residuos farmacológicos, a no ser que se trate de terapias acordadas como breves, interrumpidas consensualmente, abandonos voluntarios o de patologías crónicas en las que la psicoterapia tenga una función temporal de ayuda o apoyo, orientada más bien a llevar la enfermedad que a curarla, a sostener el tratamiento que a reducirlo o eliminarlo. En cualquier caso, dado que la casuística es prácticamente infinita, convendrá seguir el principio básico enunciado ya inicialmente, a saber: el paciente debe tener clara la función de la medicación, tal vez en fase de progresiva reducción o instaurada de forma indefinida a causa de las características de la patología, estar de acuerdo con ella y aceptar un seguimiento médico o psiquiátrico. Será fundamental en estas circunstancias dejar siempre la puerta abierta a sucesivos períodos de psicoterapia o apoyo psicológico, siempre que ésta no se haya construido como un fracaso o un tipo de intervención inapropiado.

Aprovecho esta ocasión en que se cierra por el momento la ronda de turnos de intervención en la mesa electrónica para reiterar un saludo cordial a todos los queridos contertulios cibernautas.

Carlos Mirapeix: En el caso de que haya que iniciar un tratamiento farmacológico una vez que la psicoterapia está en curso, esto puede suponer una lesión para el proceso terapéutico en función de las fantasías asociadas del paciente con respecto a la efectividad de la psicoterapia, debido a que la intrusión del medicamento si no es manejado adecuadamente, podría dejar a la psicoterapia en un lugar de debilidad en el que los fármacos deben de ser utilizados debido a que la primera no es efectiva en la resolución de los problemas (argumento éste muy utilizado por psiquiatras biologicistas para minimizar la relevancia de la psicoterapia). Como plantea el Prof. Echeburúa, la introducción de la medicación siempre debe de ser leída desde una perspectiva de implementar y potenciar el trabajo psicoterapéutico, única forma posible de un adecuado proceso de atribución en el tratamiento.

Por otro lado hay otras formas de plantear la cuestión al paciente. Desde mi experiencia clínica (y posición teórica) esta situación se puede manejar explicando al paciente la complementariedad de los tratamientos y por ende la complementariedad desde el punto de vista etiológico de los procesos psicopatológicos que el paciente sufre. Cualquier trastorno ansioso, depresivo, obsesivo-compulsivo o lo que fuere, puede ser entendido desde una interacción a diversos niveles de diferentes factores etiopatogénicos que juegan un papel en la enfermedad. Las desregulaciones bioquímicas, los patrones cognitivos disfuncionales, los conflictos metaconscientes, la ausencia de refuerzos, son niveles explicativos que pueden ser utilizados como

marco explicativo de niveles de complementariedad al paciente (el máximo modelo explicativo que defendía el propio Beck). Que un ansiolítico bloquee la ansiedad y permita el desarrollo de estrategias de afrontamiento que en última instancia mejore las relaciones interpersonales del paciente, es tan complementario como que la inmovilización es necesaria para que suelde una fractura y que el esfuerzo posterior del paciente será el que haga recuperar la función perdida y los amigos abandonados. Con respecto a la última pregunta el mismo argumento utilizado en la anterior, de la interacción de diferentes factores bio-psico-sociales, hacen que en ocasiones la continuidad del tratamiento farmacológico sea necesario para coadyuvar la prevención de recaídas. El caso específico de la esquizofrenia es indiscutible, pero las cosas son menos claras en trastornos como la ansiedad y la depresión, en las que los tratamientos psicoterapéuticos está demostrado que previenen mejor las recaídas que los psicofármacos. Aún no está claramente demostrado cómo debe de articularse la combinación de ambos tratamientos con respecto a la dosis y duración de los tratamientos de mantenimiento, en aquellos pacientes que han realizado psicoterapia. Siendo éste, como otros muchos de los temas tocados en este artículo un asunto que requiere una investigación específica. De los datos disponibles hasta la fecha y de la experiencia propia, la combinación de psicofármacos y psicoterapia, permite disminuir la dosis de mantenimiento y eliminarla con mayor rapidez sin que esto repercuta negativamente en el pronóstico.

Beatriz Rodríguez Vega: ¿Hasta qué punto las dificultades de integración y combinación de psicofármacos y psicoterapia evidencian problemas de relación de roles y todo lo que ello conlleva?

Tal como yo lo entiendo, las dificultades de integración psicofármacos y psicoterapia tienen que ver, en su base, con las dificultades para experimentar el mundo de forma integrada. Desde la Antigüedad, nuestra forma de percibir se apoya en la confrontación entre un mundo de las ideas, frente a un mundo de las cosas. La psicoterapia, por una parte, y los psicofármacos, por otra, son representantes de cada una de esos mundos excluyentes.

¿No surgen también desde esta forma dicotómica de entender las cosas, las dos profesiones a las que pertenecemos los integrantes de esta mesa? La del psiquiatra, que se acercó a la psicoterapia desde la tradición médica más biologicista y la del psicólogo que surgió, desde una tradición basada en el pensamiento y la filosofía.

La convergencia de los papeles de los dos en el campo de la psicoterapia es de las guerras más conocidas. Como todas las guerras, el conflicto es de poder. Que, como consecuencia de ello se hayan retrasado o dificultado las actitudes integradoras, también parece posible. Y, como señalan Isabel Caro y Elena Ibáñez, estamos condenados a entendernos, aunque el camino no se presente fácil.

Hablando desde su perspectiva teórica específica. ¿Cómo le explica al paciente el papel que juega el fármaco, en la combinación con el tratamiento psicoterapéutico

que Usted va a realizar?

Hay una variante que considero interesante cuestionarnos. No es lo mismo iniciar una psicoterapia cuando el paciente está ya tomando un psicofármaco, que combinar psicofármacos cuando el paciente sufre un empeoramiento durante el tratamiento psicoterapéutico. ¿En este segundo caso, cómo maneja el psicoterapeuta desde su perspectiva teórica las necesidades de introducir un psicofármaco a mitad de la psicoterapia?

Cuando a la finalización de la psicoterapia el paciente ha de seguir tomando fármacos ¿cómo plantea este asunto al paciente desde su marco teórico?

De acuerdo con las contestaciones de los demás contertulios, parece aceptada la compatibilidad de los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos. La práctica de estas combinaciones son antiguas, lo que es más reciente es su reconocimiento y discusión de los problemas específicos que plantean.

Uno de ellos es cómo transmitirle al paciente la inclusión del fármaco. Incluir un fármaco podría llevar, como ya se ha señalado, a que el paciente atribuya su mejoría a éste y eso dificulte su trabajo en psicoterapia. Pero manejar la inclusión del fármaco puede ayudar a la «externalización» del problema, también necesaria y adecuada en las fases iniciales. Como dice White, la externalización es una técnica en la que instamos a las personas a «cosificar» los problemas que les oprimen. La persona o las familias acuden a la consulta con descripciones «saturadas» por el problema. Al ayudar a los miembros de la familia o paciente a «externalizar» disminuimos los conflictos entorno a quién es responsable del problema y la sensación de fracaso por no poder resolverlo. «Es el problema lo que es el problema, y por tanto la relación de la persona con él se convierte en el problema».

Cuando en el curso del tratamiento se produce un empeoramiento que hace aconsejable el tratamiento farmacológico, lo fundamental será la comprensión y el trabajo terapéutico sobre los factores que lo han propiciado (personales, relacionales, etc.), utilizando los fármacos en ese contexto o, de nuevo, como señalaba antes dándoles un sentido de externalización del problema, desde donde sea más fácil combatirlo.

El último caso, el de la necesidad de mantenimiento a largo plazo de la medicación, una vez finalizada la psicoterapia, es más fácil de entender de forma coherente si al paciente se le explica desde una posible vulnerabilidad biopsicosocial que el fármaco puede ayudar a estabilizar. De todas formas, es una situación parecida en cierta forma a las de las sesiones de seguimiento, cuyo objeto es la supervisión y consolidación de los logros alcanzados. Un ejemplo, dentro de terapias integradoras son las sesiones de mantenimiento a largo plazo descritas para la distimia depresiva o la depresión recurrente por los autores de la terapia interpersonal de la depresión.

Miguel Angel González Torres: La introducción de un psicofármaco durante

la psicoterapia genera problemas siempre. Problemas en los que jugarán un papel muy relevante las personalidades de paciente y terapeuta y la relación que en ese momento se halla establecida entre ellos.

Un factor a considerar es quién toma la decisión de introducir el fármaco. Evidentemente si es el propio psicoterapeuta actuando desde una doble función psicobiológica las cosas son más fáciles aunque no están exentas de dificultades. Dado que esta situación no es la habitual, incluso cuando el psicoterapeuta es médico, nos centraremos en que la decisión de usar un medicamento ha sido tomada por otro, con o sin el acuerdo del psicoterapeuta. Es muy difícil analizar todas las posibilidades que se abren ante un hecho como éste. Se pone en marcha un universo de significados ya cada paciente y cada terapeuta habrán de desarrollar sus fantasías, sus convicciones y sus temores respecto al futuro. Intentaré en cualquier caso señalar algunos aspectos que pueden ser más comunes

Un aspecto básico será la “Teoría de la Mente” que manejan el paciente y el terapeuta. A veces de forma explícita y siempre implícitamente, el paciente y sobre todo el psicoterapeuta tiene un modo de entender las interacciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social a la hora de la etiología, la patogenia y el tratamiento de los padecimientos psíquicos. Es desde ese conjunto de creencias y fantasías desde donde hay que entender los tratamientos integrados. No es raro, en mi opinión, que el paciente tenga una visión más integradora que el terapeuta. Con frecuencia entre nosotros observamos colegas que parecen sacados del cartesianismo más trasnochado y ven las interacciones de lo psicosocial sobre lo biológico como si se tratara de contactos entre mundos diferentes. Entiendo que si al paciente le transmitimos (el farmacólogo y el psicoterapeuta) una visión de su malestar en la que engarzan con soltura las distintas influencias que realmente están manifestándose y cómo es posible maximizar la acción curativa actuando desde diversos campos, éste va a aceptarlo con naturalidad.

Evidentemente en una terapia psicoanalítica el factor de la medicación va a generar problemas específicos. El paciente va a utilizar la temática de la medicación y su prescriptor para actuar sobre el terapeuta y la relación con éste. Así pues, el paciente puede agradar, agredir, seducir, competir a o con el terapeuta dependiendo de sus características personales y de la relación terapéutica establecida. En otras palabras, la medicación supone una intrusión en la transferencia, modificándola en algún sentido inevitablemente. Sin embargo, pienso que ello no debe tomarse como un trastorno preocupante para el curso del tratamiento, muy al contrario, la presencia de la medicación y el medicador complejiza y enriquece el proceso psicoanalítico, proporcionando áreas a explorar de enorme interés, incluso desde el punto de vista de la contratransferencia.

Entiendo que a la medicación debe dársele ante el paciente sencillamente la importancia que tiene, ni más ni menos. Sólo deberíamos considerarla ante el paciente como algo auxiliar que se limita a potenciar el efecto de la psicoterapia

cuando ello es así. Son frecuentes los pacientes en los que la medicación de hecho es lo que permite trabajar psicoterapéuticamente (depresiones severas, episodios psicóticos, etc.) y en esos casos podría ser contraproducente inducir a error al paciente restando importancia a las aportaciones de la medicación.

Siempre que hablamos de integrar tenemos que prestar atención preferente al conjunto de respuestas emocionales del terapeuta en su tarea clínica, lo que en psicoanálisis moderno llamamos contratransferencia. Es el terapeuta y no el paciente quien más va a sufrir por la intrusión de otro tratamiento: las vivencias de fracaso, la competencia, la lucha por el afecto, el respeto y la consideración del paciente van a poner a prueba la madurez personal y profesional del psicoterapeuta. El otro colega se convierte de hecho en un tercero ausente en la sesión, que nos mira desde su más allá, pudiendo convertirse en un personaje más del relato terapéutico del paciente.

Finalmente, si la medicación debe continuar más allá del final de la psicoterapia (situación posible, aunque en psicoanálisis infrecuente) entiendo que habremos de plantar la situación al paciente tal cual es señalando los por qué y los beneficios que se espera que él o ella obtengan. Es cierto que esa situación añade una dificultad, que consiste en complicar y dilatar la necesaria y saludable separación del paciente de nuestro lado; la medicación supone la continuidad del tratamiento y por tanto hasta cierto punto, la nuestra. La ruptura o no se produce del todo o se deforma. También por parte del terapeuta la separación se hace más compleja: alguien o algo cuidan del paciente tras su marcha, ello nos da seguridad y a la vez despierta nuestros temores ¿le entenderá mejor?, ¿le ayudará más?. Básicamente, son esperables en la relación terapéutica todas y cada una de las variantes relacionales que se dan en cualquier relación interpersonal.

Nota final del coordinador

Esperamos y deseamos, que esta discusión fresca y cibernética, realizada de una forma novedosa, a través del correo electrónico, haya sido de utilidad para los lectores.