

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

TRATAMIENTOS COMBINADOS

Epoca II, Volumen IX - 4º. trimestre 1998



36 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen IX - Nº 36 - 4º. trimestre 1998

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 434 0550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: (93) 430 23 09

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA	5
Mariano Hernández Monsalve	
COMBINACION DE PSICO Y FARMACOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	27
Alberto Fernández Liria	
TRATAMIENTO INTEGRADO DE PSICOFARMACOTERAPIA Y TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE PANICO CON AGORAFOBIA	43
Daniel Bogiaizian	
TERAPIA GRUPAL, TERAPIA FAMILIAR Y PSICOFARMACOLOGIA	55
Sergio Pagés y Héctor Fernández-Alvarez	
MESA REDONDA CIBERNETICA: ANALISIS DE LA INFLUENCIA DE LA COMBINACION DE PSICOFARMACOS Y PSICOTERAPIA, SEGUN LAS DIFERENTES ORIENTACIONES DE PSICOTERAPIA	63
Carlos Mirapeix, Isabel Caro, Enrique Echeburúa, Miguel A. González Torres, Elena Ibáñez, Beatriz Rodríguez Vega, Manuel Villegas	
COMENTARIO DE LIBROS	91

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Firma:

Precio de la suscripción anual para 1998
para España 5.000 pts.
para el extranjero 70 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

Quizás a algunos lectores, cuando vean el número monográfico de esta revista dedicado a la integración de psicofármacos y psicoterapia, les asalte la duda de si los tentáculos de la industria farmacéutica han llegado a una revista pura y dedicada exclusivamente a la elaboración teórica y práctica de la psicoterapia. No les falta razón a aquellos que dudan acerca de las posibles extensiones de los tentáculos de las multinacionales farmacéuticas, pero afortunadamente es sólo una fantasía, basada en una realidad que todos conocemos, pero que en absoluto tiene que ver con ninguna desviación en la línea que la revista viene manteniendo.

Abordamos en este número monográfico la integración de psicofármacos y psicoterapia, lo que en términos cotidianos llamamos tratamientos combinados, porque probablemente es una realidad clínica infravalorada. La infravaloración es evidente en función de las escasas publicaciones al respecto, cuando a mi juicio dicha práctica terapéutica constituye la estrategia terapéutica más comúnmente utilizada, tanto en los servicios públicos como en los privados, en la atención de salud mental.

En este número hemos querido recoger la opinión de distintos especialistas que trabajan cotidianamente con la utilización de tratamientos combinados. No es un número monográfico especialmente teórico, dedicado a analizar las ventajas e inconvenientes de la integración o las complejas implicaciones tanto teóricas como las sutiles interacciones a nivel bioquímico de la psicoterapia y los psicofármacos. El número monográfico es esencialmente práctico, escrito por clínicos experimentados que llevan años trabajando en distintos campos y áreas, utilizando tratamientos combinados como estrategia de abordaje frecuente de dichos trastornos; no tiene la intención de presentar revisiones sesudas sobre el tema de los tratamientos combinados, ni artículos teóricos sofisticados sobre el asunto. Pretendemos exclusivamente transmitir la forma en la que trabajamos habitualmente y algunas reflexiones entorno a la misma.

Cierra este número monográfico un artículo un tanto especial, por la forma en que fue concebido. Se trata de una mesa redonda cibernética, en la que distintos autores reflexionaron utilizando el correo electrónico como medio de comunicación y debate. El diálogo fue interesante y profundo aunque no lo fluido que hubiésemos deseado; lo digo por el tiempo especialmente largo que nos llevó su culminación.

Esperamos que el presente número monográfico ayude a cambiar algunas ideas sobre los tratamientos combinados y clarificar las posiciones y los roles que cada cual debe de ocupar, concediendo la importancia que debe de tener esta estrategia y priorizando lo que a lo largo de los artículos queda claro, con respecto a la importancia que desde nuestro punto de vista se el concede al abordaje psicoterapéutico, siendo el tratamiento psicofarmacológico prioritario en el caso de los trastornos psicopatológicos graves, esquizofrenia, psicosis, maníaco depresivas u otras enfermedades de esta índole. Mientras en todos los demás trastornos, los psicofármacos, caso de ser necesarios, son, a nuestro juicio, muletas terapéuticas que permiten que la psicoterapia ejerza todo el efecto que ésta puede ejercer, con toda su potencia y toda su capacidad de prevenir las recaídas.

Dr. Carlos Mirapeix, Psiquiatra y Psicoterapeuta
Presidente de la
Sociedad Española para la Integración de las Psicoterapias (SEIP)

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Dr. Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra. Jefe de servicio del Instituto Psiquiátrico-Servicios de
Salud Mental «José Germain», de Leganés (Madrid)

C/ Luna, s/n. 28911 - Leganés (Madrid)

E-mail: mhmonsalve@ipsqgermain.es

After a brief review of the landmarks that they have marked the evolution from the traditional dualist perspective even the current integratives ones, the theoretical and empiric foundations of these perspectives are exposed, so much for the ethiopathogenic understanding of the schizophrenia like for the strategies of treatment. The integration between the biological level / pharmacological treatments and the psicosocial / psychotherapy-rehabilitation, is emphasized, and they are revised the possibilities of integration of different models of psychotherapy. Finally, the importance is pointed out of attempting a real integration of treatments in the network of community mental health services, and the new open possibilities in order to make preventive interventions.

Key words: schizophrenia, psychotherapy integration, mental health services, community networks, pharmacological treatments.

1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA. DEL DUALISMO A LA INTEGRACIÓN

El fuerte dualismo característico del pensamiento occidental ha tenido una influencia decisiva en la historia de la medicina, y sobre todo de la psiquiatría. Así, los primeros alienistas franceses fundaron su proyecto asistencial liberador imbuidos de la idea de la génesis «pasional» de las enfermedades mentales y con el propósito de proporcionar el correspondiente «tratamiento moral» (psicoeducacional y ambientalista, diríamos hoy). Pronto entraron en liza con las corrientes somaticistas del momento, que se desarrollan estimuladas por los hallazgos de Bayle (1822), que identificó lesiones aracnoideas en sujetos con trastornos mentales específicos: los delirios megalomaniacos, característicos de ciertos periodos evolutivos de la Parálisis General Progresiva. Del mismo modo los psiquiatras alemanes de la primera mitad del siglo XIX, identificados con el romanticismo de la época,

defendieron la perspectiva psicológica al aproximarse a las enfermedades mentales más graves, llegando a formular propuestas en torno a la psicogénesis (Moebius). Eran los «*Psychiker*», a los que se oponían los «*Somatiker*», inicialmente «una minoría contestataria», según el decir de Garrabé (1992), que muy pronto pasarían a erigirse en corriente dominante, a raíz de la publicación, en 1845, del tratado de Griesenger, que supuso un apoyo contundente a las hipótesis somaticistas.

Precisamente en 1845 un representante de la escuela romántica alemana, Ernest Freier Von Feuchtersleben, fue quien utilizó por primera vez el término “psicosis” para designar las manifestaciones de la enfermedad mental. Se aceptaba que las neurosis (que seguían designando la alteración del sistema nervioso), podrían en ciertos casos provocar enfermedad mental (psicosis). El posterior acuñamiento por Bleuler (1911) del término “esquizofrenia” vino a significar, entre otras cosas, un intento de romper con la concepción kraepeliniana de la *dementia praecox* y trasladar de nuevo el énfasis hacia lo psíquico (escisión de la vida psíquica, autismo, trastorno de las asociaciones, etc).

En otro orden de cosas, en lo que se refiere a la evolución del concepto de neurosis, es por todos bien conocido su paradójico destino, convirtiéndose en paradigma de los trastornos psicogenéticos, sin lesión orgánica del sistema nervioso, a raíz del giro coperniquiano introducido por Freud.

Valgan estas consideraciones iniciales como muestra de la voluble epistemología de nuestra disciplina, que afecta de lleno al tema que nos ocupa: el tratamiento (integral) de la esquizofrenia. Soslayando en esta ocasión todos los bandazos que las distintas escuelas han proporcionado a la noción de esquizofrenia a lo largo del siglo XX (Garrabé, 1992), podemos reconocer a día de hoy ciertos acuerdos básicos en torno a la naturaleza de este trastorno, y a las perspectivas de tratamiento que se proponen en concordancia con ellos.

Hoy se considera que la esquizofrenia es un trastorno heterogéneo de etiología desconocida (algunos autores actuales prefieren volver a hablar -como lo hiciera Bleuler- de «las esquizofrenias» (Colodrón, 1990), cuyos complejos fenómenos psicopatológicos interesan a la totalidad del individuo que la padece. Entraña cambios en la identidad, en la percepción de sí mismo y del mundo, en la sensopercepción, el pensamiento, los afectos, los impulsos, la comunicación, etc. Supone por lo general severas limitaciones en el mantenimiento de la autonomía personal y en el desempeño de la vida social. A menudo pueden detectarse diversos modos de disfunción neurofisiológica, y está genéticamente condicionado en ciertos casos (quizás la influencia genética es un factor etiológico importante en cerca de la mitad de los casos). No es pues extraño que se resista a ser contrarrestada por un solo remedio: ni los neurolépticos pueden mejorar directamente la calidad de las relaciones interpersonales por ejemplo, ni la sola psicoterapia puede por sí misma corregir las anomalías neurobiológicas subyacentes. La necesidad de un abordaje integral se justifica por las propias características del trastorno, por su

amplia variedad de efectos, y por las limitaciones de cada uno de los tratamientos disponibles.

Podemos señalar como aspectos nucleares de la caracterización actual de la esquizofrenia, los siguientes:

1) Ante el desconocimiento de la etiología, se da una global aceptación, provisional y con las reservas oportunas de cada escuela, de una posible etiopatogenia multifactorial, que en todo caso implica diverso grado de anomalía en funciones neurofisiológicas (Bilder, 1996; Green, 1996; Scully et al., 1997; Bachneff, 1996, Frith, 1995), y en la estructura cerebral (Akbarian et al., 1996; Ruppín, Reggia y Horn, 1996), junto a la implicación de aspectos psicológicos (Béjar et al., 1996; McPherson, Jerrom y Hughes, 1996), relacionales y sociales (Brown et al., 1962; Brown y Birley, 1968; Van Os, Fathy y Bebbington, 1994; Walker y Lewine, 1990). Aún las escuelas más orientadas hacia los aspectos biológicos, se muestran dispuestas a admitir la importancia de esos factores psicosociales en la evolución (su influencia en la frecuencia de recaídas parece estar fuera de dudas) (Wykes y Carson, 1996), Docherty, Hertz y Gunderson, 1993, Linzsen et al., 1997). Esta perspectiva, globalmente integradora, de los procesos etiopatogénicos y de la evolución se refleja en los modelos de vulnerabilidad-estrés.

2) El dilema nosológico, acerca de la homogeneidad o heterogeneidad de lo que llamamos esquizofrenia, no ha sido resuelto. El término «trastornos esquizofrénicos» no aclara si se trata de una enfermedad con distintas posibilidades de expresividad clínica, de un síndrome común a diversas entidades etiopatogénicamente diferenciadas, o una diversidad de entidades con algunos elementos en común.

A falta de criterios psicopatológicos o etiopatogénicos que pudieran ser universalmente aceptados, se han impuesto criterios pragmáticos para acotar el diagnóstico. Más para asegurar las posibilidades de entendimiento entre distintas escuelas y hacer posible el intercambio de información científica, que por un unánime reconocimiento de la exactitud de esos límites

3) En cuanto a la caracterización de las distintas formas clínicas de esquizofrenia, los datos actuales informan de la inconsistencia de las formas tradicionalmente reconocidas (simple, hebefrénica, catatónica, paranoide), ya que no responde a criterios etiopatogénicos, ni evolutivos (lo más común es el cambio de forma clínica en distintos momentos evolutivos), ni predice respuesta al tratamiento. Tampoco, por las mismas razones, se puede mantener la propuesta de Crow (1985) de esquizofrenia tipo I y tipo II, ni la de Andreasen et al. (1990), de esquizofrenia positiva y negativa.

Hay cada vez mayor interés en considerar criterios dimensionales de reconocimiento de tipos clínicos, estando relativamente bien establecido el modelo tridimensional (Liddle, 1987), que propone que en cada paciente se podrá reconocer la presencia, en proporción variable según el caso y momento evolutivo, de

síntomas positivos (alucinaciones, delirios), negativos (aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia) y de desorganización (trastornos formales del pensamiento, desorganización conceptual). Los modelos dimensionales son congruentes con los de vulnerabilidad-estrés (permiten estudiar la continuidad de ciertos parámetros psicológicos y fisiológicos entre la normalidad y la enfermedad), y tienen gran interés de cara al tratamiento, ya que los distintos grupos de síntomas pueden requerir estrategias terapéuticas diferenciadas.

4) Los estudios de seguimiento a largo plazo indican una gran variabilidad evolutiva (Keefe et al., 1991; Ciompi y Catamnestic, 1980). Importa destacar que estos datos indican que las formas de evolución hacia el defecto (elemento fundamental en la original descripción kraepeliniana de la *dementia praecox*) constituyen un porcentaje quizás menor del 20% de los casos (algunos autores proponen que éstos deben ser considerados como un tipo clínico diferenciado, Harding, 1988), y que aún sin tratamiento hay un pequeño porcentaje de pacientes que evolucionan hacia la recuperación sin defecto.

Existe, sin embargo, gran dificultad en identificar indicadores de evolución según las formas clínicas de comienzo. Y sin embargo, se han venido acumulando datos que indican que ciertos factores psicosociales (Wielselgren y Lindström, 1996; Waddington, Youssef y Kinsella, 1995) pueden tener un valor predictivo pronóstico de la evolución mayor que el tipo de síntomas iniciales.

5) Reconocimiento del papel central del tratamiento farmacológico (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993; Kane y McGlashan, 1995), dada su reconocida eficacia frente a la sintomatología psicótica (los llamados síntomas positivos), especialmente en las formas de presentación aguda, y en la protección, siquiera parcial, frente al riesgo de recaídas. A su vez, se reconoce la escasa eficacia del tratamiento farmacológico clásico frente a la mayor parte de los llamados síntomas negativos (con la expectativa de que los nuevos antipsicóticos puedan tener mayor eficacia al respecto). Está también bien establecido que un porcentaje nada despreciable de pacientes (en torno al 20%) apenas se benefician del tratamiento farmacológico, y en el resto de casos, el solo tratamiento farmacológico se muestra claramente insuficiente para asegurar la estabilización clínica, y más aún para garantizar la recuperación.

6) Evidencia de eficacia de los abordajes psicosociales (tratamiento y rehabilitación) (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993). La predominancia que llegó a adquirir, especialmente en los Estados Unidos, la psicoterapia de la esquizofrenia entre los años cuarenta y los cincuenta (McGlashan, 1994) se vio bruscamente relegada al no poder demostrar su eficacia en la remisión sintomática de modo similar a lo que sí se estaba demostrando para los neurolepticos; la psicoterapia no estaba en condiciones de competir por entonces con el modelo de ensayo clínico, que empezaba a ser dogma predominante por entonces. Durante la décadas de los sesenta y los setenta, psicoterapia y psicofármacos representaron opciones terapéu-

ticas a confrontar. Hubieron de pasar varios años (demasiados) para que los psiquiatras de orientación biológica, comprobada la insuficiencia de los neurolépticos para asegurar la recuperación de los pacientes, aceptaran la necesidad de contar con técnicas de intervención psicosocial; y para que los psicoterapeutas de distintas orientaciones reconocieran las amplias posibilidades que ofrecían los fármacos para acceder a la subjetividad de los pacientes, establecer alianza terapéutica y abordar proyectos de intervención psicosocial que modificaran substancialmente el porvenir de miles de pacientes. En los últimos veinte años se han acumulado datos más que suficientes que informan acerca de la eficacia de una amplia variedad de intervenciones psicosociales (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993; Lehman et al., 1995; Scott y Dixon, 1995).

7) Por todas estas razones, y a pesar del predominio actual de la investigación bio-farmacológica frente a la psicosocial, y de la indudable importancia de los hallazgos neurobiológicos, la mirada de los clínicos se vuelve cada vez con mayor interés hacia las aportaciones de los tratamientos psicosociales, considerados ya imprescindibles en todo plan de tratamiento riguroso (Docherty, Hertz y Gunderson, 1993; Frances, Docherty y Kahn, 1996; Working Group on schizophrenia American Psychiatric Association, 1997). El dilema no está hoy planteado entre fármacos o tratamiento psicosocial, sino en poder discernir qué tipo y «dosis» de cada una de las intervenciones posibles están indicadas para un paciente concreto, y en cada momento evolutivo. De este modo el tratamiento de la esquizofrenia pasa a formar parte de las nuevas corrientes de la psiquiatría integradora, y constituye una importante oportunidad para profundizar en los modelos integradores, tanto en la elaboración conceptual (contribuye a la integración a nivel teórico) como en el diseño de formatos de tratamiento aplicables en la clínica (aceptables al menos desde el mero eclecticismo técnico), que contemplan la combinación/integración de tratamientos a nivel transversal (varios tipos de tratamiento aplicados simultáneamente), ó longitudinal (cuando el nivel en que se abordan los problemas - ej, biológico, relacional, o en distintos aspectos de lo psicológico individual.-, y por tanto las modalidades de tratamiento a emplear, varían en función de las características evolutivas de cada caso).

2. FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ESQUIZOFRENIA

2.1 Hallazgos empíricos que avalan la etiopatogenia multifactorial

Hay tres líneas de trabajo que han supuesto aportaciones especialmente significativas:

1) Influencia del entorno del paciente en la evolución.

Las primeras observaciones, de Brown y cols. se publicaron en 1957 y 1959 (Brown et al., 1957; Brown y Birley, 1959). Detectaron mayor tendencia a las

recaídas cuando los pacientes volvían con sus familias, tras el alta del hospital, y también cuando se les proponían programas de rehabilitación muy exigentes. En otros casos (cuando predominaban síntomas deficitarios), un ambiente estimulante en el hospital, se acompañaba de mejorías notables. Posteriores desarrollos de aquellas primeras observaciones permitieron especificar los ingredientes más significativos de esas conductas (hostilidad, sobreimplicación y criticismo) y comprobar la importancia del tiempo que estaban en contacto paciente y familiares, como predicción de recaídas (Van Os et al., 1994). Estas observaciones han sido muy fértiles: su valor predictivo se ha demostrado en medios culturales muy diferentes (Walker y Lewine, 1990, Brown y Carstairs, 1957; Brown, 1959; Huguelet et al., 1995; Montero et al., 1992; Wigg et al., 1987; Tanake, Mino y Inove, 1995), han permitido estandarizar entrevistas de evaluación (“*Camberwell Family Interview. CFI*”) (Vaughn y Leff, 1976), y facilitar el desarrollo de tratamientos específicamente diseñados para modificar las características del entorno (especialmente el familiar) con fines preventivos, que se han mostrado muy eficaces.

Esta línea de investigación está a día de hoy avalada por la evaluación de resultados de tratamiento: la frecuencia de recaídas se reduce drásticamente cuando se proporcionan, junto al tratamiento farmacológico, diversos tipos de tratamiento psicosocial. La eficacia de los tratamientos parece depender de incidencia en alguno de los siguientes aspectos:

Proporcionar un entorno protector, especialmente desprovisto de factores estresantes ante los que los pacientes con esquizofrenia se muestran especialmente vulnerables. El paradigma de este tipo de tratamientos lo constituyen los distintos enfoques de intervención familiar. Proporcionar núcleos de convivencia distintos del familiar (residencias, pisos compartidos) tiene, entre otros, también este propósito.

Mejorar la capacidad individual del paciente para hacer frente a las dificultades y exigencias ambientales. Este es el propósito de los tratamientos cognitivos y conductuales, y es también una de las consecuencias de otros enfoques psicoterapéuticos, ya sean tratamientos individuales o de grupo, surgidos desde la perspectiva dinámica.

La combinación que ha demostrado ser más eficaz en mayor número de pacientes es la que asocia fármacos junto a entrenamiento en habilidades sociales e intervención familiar.

2) Los estudios sobre la carga genética en la esquizofrenia demuestran una influencia del factor genético, pero al mismo tiempo ponen en evidencia la importancia de los factores ambientales, tanto biológicos, como psicosociales (Rosenber, 1994; Gottesman, 1989; Tienari et al., 1987) (solo así se podría explicar la escasa concordancia entre gemelos univitelinos, y los resultados de los estudios de adopción, entre otros aspectos)

3) Los estudios transculturales, que ponen en evidencia diferencias en el

curso de la enfermedad entre los países desarrollados respecto a los de países en «vías de desarrollo»: El Estudio Piloto Internacional propiciado por la OMS mostró una evolución más favorable en los pacientes de los países menos desarrollados (World Health Organization, 1979), lo que se ha vuelto a comprobar en una actualización más reciente del mismo (Jablensky et al., 1992). Se ha sugerido que la conservación, en las sociedades menos industrializadas, de redes (las redes sociales amplias: familia extensa, comunidades rurales, etc) y la ausencia de factores de competitividad y otras tensiones sociales propias de las sociedades más evolucionadas podrían explicar estas diferencias, aunque la polémica abierta en torno a la interpretación de esos datos no puede darse por cerrada (Edgerton y Cohen, 1994; Jablensky et al., 1994; Caballero, 1995).

2.2. Evidencia empírica de la eficacia de tratamientos integrales

Desde que en 1978 Goldstein (1978) publicara los espectaculares resultados obtenidos en la prevención de recaída de pacientes esquizofrénicos en los nueve primeros meses de aplicación de tratamiento conjunto de neurolépticos e intervención familiar orientada a la crisis, y dos años más tarde Stein y Test (1980) informaran de la eficacia del “Tratamiento Asertivo Comunitario”, que permitía a los pacientes graves evitar el reingreso y mejorar substancialmente en su situación clínica y social, se ha acumulado un buen número de experiencias en este área. Los resultados más significativos se han obtenido en los siguientes aspectos:

1) Importante reducción de las recaídas. Se ha comprobado una disminución de las recidivas-reingresos en torno al 60-75% durante el primer año de tratamiento; en los años sucesivos, se van produciendo más reingresos, y acortándose la diferencia de tasas, pero las diferencias entre el grupo de pacientes tratados (con tratamientos psicosociales y fármacos) frente al grupo control (solo fármacos) aún persisten ocho años más tarde (Birchwood y Tarrier, 1995).

2) Disminuye significativamente la carga familiar, tanto objetiva (gastos, tiempo dedicado a cuidados del familiar enfermo), como subjetiva (sufrimiento, abandono de otros objetivos de la familia). Hoy se sospecha que el alivio de la carga familiar es tanto un resultado de los tratamientos, como una circunstancia que cuando se da (ya por reorganización espontánea de la propia familia, ya como efecto del tratamiento), contribuye de forma poderosa a la buena evolución clínica.

3) Colaboración del paciente: Mejor aceptación y adherencia al tratamiento (algunos autores justifican la necesidad de tratamientos psicosociales, aunque su único objetivo fuera éste).

4) Satisfacción del paciente y de la familia con el tratamiento.

2.3. Modelos teóricos integradores

No son meramente especulativos, sino contruidos sobre bases empíricas, y están significando una nueva era en nuestra concepción de la(s) esquizofrenia(s).

La aportación más importante es que superan el determinismo clásico (un factor genético u otro factor causal desconocido «producen» la enfermedad), y permiten modelos conceptuales complejos, compatibles con los datos neurofisiológicos y psicosociales hoy disponibles. Son los modelos de vulnerabilidad /estrés, propuestos inicialmente por Zubin y Spring (1977), enriquecidos más tarde por otros autores (Ciompi, 1989; Nuechterlein y Dawson, 1984).

Definen la vulnerabilidad a la esquizofrenia como un conjunto de características estables, presentes ya antes de que surjan los síntomas, y que persisten incluso después de que éstos hayan desaparecido. La vulnerabilidad se supone integrada por factores independientes, tanto de índole neurobiológica, como psicosocial. Para que surjan síntomas se precisa, además de la presencia de factores de vulnerabilidad, la actuación de factores estresantes, que desbordan las posibilidades de respuesta adaptativa por parte del individuo. Junto a ello se reconoce también la importancia de otro grupo de factores protectores («*buffer*») que pueden contrarrestar o amortiguar la intensidad con que actúan los anteriores. Y se considera además la plasticidad del S.N.C. como una circunstancia que permite modificar factores de vulnerabilidad biológica preestablecidos.

Otro aspecto muy importante de estos modelos es que pueden explicar una posible continuidad entre la normalidad y la enfermedad, como dos extremos del par vulnerabilidad-estrés, al proponer modelos dimensionales en la caracterización clínica, frente a la perspectiva categorial clásica, que presupone la discontinuidad salud/enfermedad. Las propuestas dimensionales se fundamentan en los resultados de estudios en familiares, que informan de la presencia de marcadores de vulnerabilidad (en funciones neurofisiológicas, neuropsicológicas, o en rasgos característicos de personalidad), y manifestaciones sintomáticas menores o parciales del espectro de lo esquizofrénico.

A partir de este esquema, las intervenciones terapéuticas a largo plazo pueden ir dirigidas a disminuir la vulnerabilidad, reducir los factores de estrés, o aumentar la protección frente a los mismos:

1) Se pretende disminuir la vulnerabilidad (aumentar la resistencia) mediante tratamientos dirigidos a mejorar funciones cognitivas -atención, memoria, eficacia en el procesamiento de información-, mejorar la capacidad de comunicación interpersonal, y otras habilidades sociales, o la capacidad de afrontamiento de las dificultades derivadas de la situación de enfermedad .

La propia psicoterapia de orientación dinámica, individual o grupal, con las oportunas adecuaciones en la aplicación del método de acuerdo a las características específicas de los pacientes con esquizofrenia (McGlashan, 1994; Rosenbaun, 1995; Harding y Zahniser, 1994; Gunderson et al., 1984; Mueser y Berenbaum, 1990), pueden influir sobre factores psicológicos de vulnerabilidad (la consistencia del «*self*», las funciones de «*insight*» y empatía, la modificación de las estrategias defensivas, etc.).

2) Los fármacos antipsicóticos, que pueden actuar en dos dimensiones distintas: durante los periodos agudos, de exacerbación sintomática, facilitan la remisión de síntomas; mientras que en los periodos de estabilización parecen proporcionar protección frente al estrés, por aumentar el umbral de sensibilidad al mismo (Marder et al., 1996).

3) Las intervenciones dirigidas a mejorar (en extensión y calidad) las redes sociales de apoyo han demostrado ser un importante factor de protección frente a las recaídas y de facilitación de los procesos de recuperación (Hammer, 1981; Breier y Strauss, 1984; Beard, Prospt y Malamud, 1982).

4) Controlar factores de estrés, incidiendo sobre el clima relacional familiar, y regulando muy cuidadosamente el nivel de exigencia (en cuanto a rendimientos, esfuerzo adaptativo, dificultades de aprendizaje, etc.) de las actividades rehabilitadoras.

Hasta la fecha se han propuesto otros modelos de vulnerabilidad-estrés, que amplían y profundizan los iniciales, tales como el del suizo Ciompi (1994) que, sobre un esquema similar al descrito, da más relevancia al aspecto emocional hasta el punto de proponer que la esquizofrenia pueda considerarse como una psicosis afectiva muy particular y trabaja sobre un nuevo constructo (“*Affeklogik*”) que permita integrar el niveles cognitivo y el emocional. O el del finés Alanen (1994), que propone integrar lo subjetivo/intrapsíquico, con lo social-relacional (con perspectiva sistémica), a través de un modelo de intervención que está desarrollando en los servicios públicos de Finlandia. O la propuesta de Brenner, con su *programa “Integrated Psychological Therapy” (ITP)* (Hodel y Brenner, 1994; Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1995) que pretende influir sobre los «círculos viciosos» de interacción entre las variables cognitivas y sociales (recientemente ampliado, al incluir también la dimensión emocional entre los objetivos del tratamiento).

3. MODALIDADES DE TRATAMIENTOS INTEGRADORES

Las modalidades más generalmente integradas son la intervención con la familia y el entrenamiento en habilidades sociales del paciente, junto con el tratamiento farmacológico. La aplicación conjunta de estos tres tratamientos permitió a Hogarty (Hogarty et al., 1981) publicar los resultados más contundentes obtenidos con la integración de tratamientos, al informar de la ausencia de recaídas durante el primer año de aplicación de ese tratamiento. Otras modalidades incorporan ingredientes de la psicoterapia dinámica, o de la rehabilitación cognitiva (Brenner, Hodel, Roder y Corrigan, 1992; Perris y Skagerlind, 1994; Parrado Prieto et al., 1997). En todos los casos se cuenta con el tratamiento antipsicótico como ingrediente imprescindible.

En general, el tratamiento psicosocial se inicia tras un periodo de estabilización clínica, y supone la continuación del tratamiento farmacológico. En otras ocasiones, ya desde el primer contacto (ambulatorio o en el hospital) se inician

estrategias de tratamiento integrado con el paciente y con los familiares, como en los modelos de intervención de Leff (1994; 1996), y de Alanen (1994). En todo caso, siempre se contempla un espectro de intervenciones dirigidas a modificar parámetros del individuo y de su entorno (familia, red social, ámbitos laborales y de convivencia).

3.1. Tratamientos dirigidos a reducir el estrés procedente del entorno: Las intervenciones familiares

3.1.1. Tratamientos breves. Los trabajos británicos de primeros de los setenta habían detectado la importancia de los factores de estrés ambiental (Brown et al., 1962; Brown y Birley, 1968; Van Os, Fathy y Bebbington, 1994; Walker y Lewine, 1990), pero entre sus propuestas no consideraban la posibilidad de intervenciones específicas en el ambiente familiar.

Michel Goldstein, en Los Angeles, fue el pionero en efectuar intervenciones sobre el ambiente y las relaciones familiares, tras el alta del primer o segundo episodio esquizofrénico agudo (Goldstein et al., 1978).

El primer ensayo terapéutico consistió en poner a prueba un programa de intervención familiar durante las seis primera semanas tras el alta: los pacientes dados de alta fueron aleatoriamente asignados a alguno de los cuatro grupos -según una estructura de ensayo dos por dos- según se administraran dosis moderadas/altas de neurolépticos o dosis bajas; y según se aplicara o no el programa de intervención en la familia.

El programa de intervención diseñado era breve, concreto, estructurado en cuatro fases y focalizado en problemas identificables. Se iniciaba con una exploración conjunta (entre la familia, incluyendo al paciente, y el terapeuta) de las características de la experiencia psicótica reciente, seguido por la identificación de los dos o tres estresores que en esos momentos fueran reconocidos como motivo de especial preocupación. El terapeuta ofrecía en todo caso una lectura de esos factores en sus connotaciones interpersonales (bien por la propia naturaleza de los factores de estrés, como podía ser la presencia de conflictos con personas significativas del entorno; bien por sus efectos en el ámbito de las relaciones). Además, muy importante, se insistía en la necesidad de mantener un bajo nivel de exigencia y de expectativas .

La segunda fase se dirigía a elaborar estrategias de evitación de esas circunstancias estresantes o, en su caso, de afrontamiento para su resolución, procurando siempre una recíproca adecuación entre el paciente y el resto de la familia en esos menesteres. Las sesiones posteriores (3ª fase) se dedicaban a evaluar los resultados de la práctica de esas estrategias, y a mejorarlas mediante enseñanza y entrenamiento por el terapeuta. La última fase consistía en intentar anticipar los posibles acontecimientos que podrían tener un impacto en el futuro, y prever las respuestas más adecuadas, y las distintas posibilidades de manejo de las mismas.

Como ya he señalado antes, este breve programa produjo excelentes resultados, siendo los más favorables para el grupo de alta dosis de medicación y tratamiento familiar (que no presentó ninguna recaída en los primeros seis meses), y los peores para el grupo de baja dosis y no tratamiento familiar (24% de recaídas en seis semanas, 48% en seis meses). Después de los primeros seis meses, tras el fin del tratamiento, fueron produciéndose recaídas, si bien aún dos años más tarde se mantenían importantes diferencias entre los grupos.

Estos tratamientos son una muestra de la posibilidad de sinergismo entre psicofármacos y psicoterapia: la combinación de ambos proporciona efectos añadidos a la mera suma de ambos, y abre nuevas posibilidades en la exploración de la integración de tratamientos

Intervenciones prolongadas

Surgen al comprobar la transitoriedad de los efectos favorables de los tratamientos breves. Se han propuesto varios modelos bien diseñados, y que han demostrado ser eficaces (Lefft, 1994, 1996; Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Falloon, Boyd y McGill, 1984; Fallon, 1992; Liberman, 1993; Lamb, 1991). Todos ellos han venido teniendo en común su foco principal (mejorar el clima familiar y asegurar la adhesión al tratamiento farmacológico), y en gran medida los métodos de intervención:

a) Clima de cooperación, en el que se pretende que el paciente sea un sujeto activamente implicado en su propio tratamiento, y la familia no es considerada como responsable del origen del trastorno sino un recurso terapéutico esencial, b) una orientación muy práctica, adecuando las intervenciones a las necesidades concretas presentes en cada familia -de información, de apoyo emocional, de capacidad de manejo y resolución de dificultades o tensiones específicas, y de superación del aislamiento al que suele conducir la existencia de esquizofrenia en un familiar, ya a consecuencia del estigma social, por la renuncia a actividades de ocio, del distanciamiento con las amistades, cambios en las rutinas familiares diarias, etc.), y c) el terapeuta controla el clima emocional de las sesiones de modo que se eviten situaciones de gran tensión.

Un buen ejemplo es el programa de Leff (1994, 1996), en Londres, uno de los más ampliamente aplicados, y evaluados: Se diseñó para ser aplicado específicamente en las familias de alta expresividad emocional (AEE), según eran definidas por el CFI de Brown, por ser consideradas las del más alto riesgo. En la práctica, no se considera imprescindible valorar la AEE mediante la aplicación del CFI, sino que las familias candidatas pueden ser seleccionadas por sus conductas manifiestas, tales como las que informan de manifestaciones de violencia física o verbal, de frecuentes llamadas a la policía para que intervinieran en situaciones tensas, las que buscan contactos puntuales y frecuentes con los facultativos en demanda de atención y seguridad, o aquellos casos en que se vienen produciendo al menos una

recaída anual.

El programa de Anderson, Reiss y Hogarty(1986), en Pitsburg, se inicia con un taller de información/psicoeducación para varias familias, seguido de un trabajo continuado con familias individuales. Falloon (1984, 1992) incluye intervenciones en el domicilio, y hace especial hincapié en la disponibilidad del equipo terapéutico las 24 horas del día, para intervenir ante la eventualidad de las situaciones de crisis que pudieran surgir.

3.1.3. Factores comunes, y valoración global, de los tratamientos integrados que implican intervención familiar

En los últimos 15 años se han ido dando a conocer varios modelos de intervención familiar en la misma línea integradora que los mencionados, aunque incorporando algunas perspectivas o estrategias y métodos de tratamiento diferentes, siendo los grupos más relevantes los de Anderson, Reiss y Hogarty, (1986), Falloon (1984, 1992) y Liberman (1993), Birchwood y Tarrier (1995).

Tanto por las excelente revisión de Lamb (1991) a la búsqueda de elementos y características comunes de los tratamientos familiares integrados, como por la del propio Leff (1994), revisando tanto las experiencias exitosas como los fracasos, podemos sintetizar las lecciones aprendidas en estos años con estas modalidades de tratamientos:

1) Se ha de contar con la implicación activa y el compromiso de las familias. Para ello es muy importante que desde el contacto inicial y la evaluación se tengan muy en cuenta las características de la demanda (se trata de responder a las necesidades percibidas por los pacientes y familiares). Se recomienda iniciar el tratamiento en los momentos de crisis, pues en frío, en momentos de estabilización (aunque pueda ser en precario) las familias no suelen ser proclives a remover su situación y a implicarse en cambios.

2) En cuanto a los contenidos, hay coincidencia en observar que la psicoeducación sola es insuficiente para proteger de las recaídas, aunque probablemente es importante para crear un clima colaborativo, en una relación más simétrica que la tradicional (tendiendo a compartir una misma información, en la medida de lo posible terapeutas, familias y pacientes). También es fundamental el aprendizaje de la búsqueda de soluciones para problemas de la vida diaria.

3) La duración no debe ser menor de nueve meses, con tendencia a que se prolongue hasta los dos años.

4) Los terapeutas deben tener un entrenamiento específico en este tipo de intervenciones, pues no es fácil trasladar directamente a estos programas la experiencia adquirida en otros tipos de tratamiento. Insiste en la necesidad de una formación específica para tratar la AEE, y que dispongan de supervisión continuada durante un tiempo. Leff propone para su país que los profesionales de la enfermería psiquiátrica comunitaria puedan ser el núcleo en torno al cual generalizar este tipo

de tratamientos haciéndolos accesibles a toda la población que lo precisa.

En la práctica, en el Reino Unido, vinculados a los grupos de Leff, Tarrier, y Falloon se está promoviendo una amplia red de terapeutas para estas modalidades que se nutre especialmente de los profesionales de enfermería psiquiátrica comunitaria.

5) Hay también coincidencia en valorar que su eficacia consiste en aplazar la recaída, no en prevenirla de forma indefinida. Su potencia preventiva decae con el tiempo, por lo que es necesario estudiar las fórmulas en que deba administrarse de forma prolongada (por ejemplo, mediante intervenciones periódicas, intermitentes, con una intensidad y frecuencia adecuadas a las características de cada caso). En la medida en que no se trata de tratamientos etiológicos no debe sorprender la necesidad de continuidad. Ocurre lo mismo con la necesidad de tratamiento neuroléptico prolongado, y al igual que en este caso también es discutible la pauta más conveniente a seguir (dosis mínimas continuadas, cuando sea posible, o prescripción intermitente).

Otros programas, como el de Alanen, «centrado en las necesidades de los pacientes», plantean una integración jerarquizada, de modo que consideran la referencia prioritaria la consideración de los aspectos relacionales, y el sentido que la crisis tiene en la historia familiar e individual, y se proponen intervenir desde esa perspectiva, como la nuclear del proceso terapéutico. En este caso, los tratamientos farmacológicos se contemplan como un ingrediente complementario, siempre al servicio del trabajo terapéutico centrado en la situación del paciente y sus relaciones con el entorno.

Finalmente, es importante reseñar los logros que se están obteniendo con los tratamientos grupales multifamiliares, especialmente desarrollados y estudiados por McFarlane (1993) en New York, que están sirviendo como referencia para experiencias similares en nuestro país.

3.2. Las intervenciones centradas en el paciente: los tratamientos individuales y grupales

3.2.1 El entrenamiento en habilidades sociales

La experiencia clínica confirma que la persistencia de algunos síntomas negativos (menos susceptibles de remitir con el tratamiento farmacológico), además de afectar seriamente la calidad de vida, es un importante predictor de recaídas: quizás porque impiden al paciente la búsqueda activa de situaciones que podrían ejercer un efecto tampón frente al estrés (amistades, vinculación a grupos sociales, etc.); y porque su mera presencia se constituye en un importante factor de estrés cuando es percibido como un problema por el paciente, y a través de su impacto en la familia o en el entorno.

Los síntomas más característicos de este área son: déficits en la ejecución de

los aspectos paraverbales de la comunicación interpersonal, escasa iniciativa para establecer relaciones sociales, incapacidad para reconocer las emociones de los demás, y dificultades para afrontar situaciones estresantes, incluso con factores de estrés leves.

Uno de los programas que goza de mayor aceptación para abordarlos es el desarrollado por el grupo de Liberman (1993). Parten de la aceptación de las premisas de la psicología de la conducta, que consideran que el desarrollo de las habilidades sociales puede desplazar o reemplazar conductas sintomáticas o desadaptadas. El tratamiento se inicia con un detallado análisis funcional de la conducta (valorando tanto los déficits como las áreas en las que se mantienen mejores rendimientos), y consiste en una secuencia de tratamientos modulares, con criterios precisos de evaluación continuada. Los módulos clásicamente incluidos en este programa son los de autoadministración de medicación, habilidades de ocio y recreo, habilidades conversacionales, habilidades para la resolución de problemas sociales, manejo de dinero, funcionamiento doméstico e higiene. (Existen manuales y vídeos sobre cada uno de los módulos dirigidos a los monitores/terapeutas, y otros para los pacientes).

Entre nosotros, los tratamientos basados en el entrenamiento en habilidades sociales, han sido incluidos en los últimos años en programas integrados de tratamiento rehabilitador y de reinserción, en el ámbito comunitario, siendo hoy considerados un importante ingrediente de estos programas (Rebolledo y Lobato, 1994; Rebolledo y Pastor, 1991; Desviat, 1995; Fernández Liria, 1995; Hernández Monsalve, 1996).

3.2.3 La psicoterapia dinámica

En una interesante reflexión acerca de los mitos que han acompañado la conceptualización y el tratamiento de la esquizofrenia en las últimas dos décadas, Harding y Zahniser (1994), amparados en la propia evidencia empírica, identifican y describen siete mitos, y proponen replanteamientos que permitan superarlos. Uno de ellos se refiere a la desconfianza actual frente a la psicoterapia dinámica (en sus distintas formulaciones) del esquizofrénico. Una de las evidencias a las que se remiten para sustentar su propuesta es el acúmulo de informes personales de (ex)pacientes recuperados que hacen énfasis en la importancia de la ayuda psicoterapéutica y refieren múltiples aspectos en la que ha resultado muy beneficiosa.

La psicoterapia que éstos y otros autores (McGlashan, 1994; Hogarty et al., 1995) proponen desde la perspectiva psicodinámica introduce cambios significativos en su aplicación tradicional. Así por ejemplo, se reconoce explícitamente que la esquizofrenia se trata primariamente de un trastorno cerebral con consecuencias secundarias en el aprendizaje y la experiencia. Y en consecuencia se proponen diversas variaciones en el método que tengan en cuenta los factores limitantes que se derivan de aquellas, especialmente las dificultades en el procesamiento de

información, atención y memoria.

En general, se reconoce que para la mayoría de los pacientes, una psicoterapia que pretenda una intensa exploración de la experiencia subjetiva suele significar un estrés importante y seguirse de descompensaciones clínicas, por lo que está contraindicada para la mayoría de los pacientes.

Las nuevas propuestas de psicoterapia de orientación dinámica tienden a coincidir en los siguientes aspectos:

Se reconoce la necesidad de estabilización clínica previa mediante medicación, que se mantendrá simultáneamente con la psicoterapia.

Los métodos que se proponen son muy similares a los clásicos de la psicoterapia de apoyo; e insisten en la necesidad de ser muy sensibles en cuidar la distancia emocional con el paciente, y en el ritmo, pausado y prudente.

Se recomienda considerar la posibilidad de incorporar otras perspectivas. Especialmente se recomienda que el terapeuta realice actividades de educación/información acerca de la naturaleza de la enfermedad y la enseñanza de estrategias de afrontamiento para mejor controlar sus efectos. Incluso se propone que el terapeuta asuma un papel activo en la defensa de los derechos del paciente en cuanto a satisfacer sus necesidades externas (sociales y materiales).

Una de las aportaciones más interesantes es la realizada recientemente por Hogarty et al.(1995), viejo pionero del desarrollo de los tratamientos integrales de la esquizofrenia, que ha desarrollado un método específico de psicoterapia para los pacientes con esquizofrenia que denomina "Terapia Personal". Parte de la cotidiana comprobación de que muchos pacientes no pueden beneficiarse de las terapias familiares, sencillamente porque viven solos, o porque la familia no quiere implicarse en el tratamiento; además de que muchos de ellos se dirigen preferentemente a familias de alta expresividad emocional, y no se ofrece alternativa para el resto.

La Terapia Personal que propone parte de las siguientes premisas:

1) La esquizofrenia asienta probablemente en una hipoplasia del desarrollo cerebral, con importantes repercusiones en la vulnerabilidad neuropsicológica. Y, funcionalmente, es un trastorno de las cogniciones básicas y sociales (atención, dificultades en el procesamiento de la información, memoria, motivación, juicio)

2) Por esto, no son aplicables los métodos tradicionales de psicoterapia, que presuponen el mantenimiento íntegro de las estructuras cerebrales.

3) En sus manifestaciones clínicas y curso evolutivo, el afecto juega un papel central: La esquizofrenia supone una pérdida de control de la regulación del humor. Y además, entre el estado subjetivo y la conducta social se da una relación interactiva y de refuerzo mutuo.

La Terapia Personal se concibe como un tratamiento adecuado a los efectos de la enfermedad en el sujeto, dirigido a facilitar el autocontrol de la afectividad. Propone una intervención secuencial, en la que introduce diversos ingredientes,

tales como actividades educativas básicas y técnicas preliminares de evitación de estrés, y refuerzos de conductas positivas, hasta prudentes excursiones hacia la autoobservación y la observación/captación de la realidad emocional de los demás. Siempre en pacientes con remisión de síntomas positivos, y siguiendo cuidadosamente su estado emocional.

Para poder aplicar este tratamiento, recomienda las dosis más bajas posibles de medicación (el bloqueo dopaminérgico afecta la motivación; y los anticolinérgicos, el aprendizaje).

El tratamiento se estructura en tres fases, con objetivos y métodos bien diferenciados en cada fase; y se prevé una duración de uno a tres años. En una reciente publicación, en la que evalúa resultados parciales de su aplicación a 150 pacientes, informa de resultados muy esperanzadores en cuanto a indicadores de mejoría y baja tasa de recaídas.

Además de las experiencias antes señaladas, se han venido desarrollando diversas modalidades de tratamiento grupal de pacientes esquizofrénicos (Ingelmo, Ramos y Muñoz, 1993; González y Capilla, 1993), adecuando los modelos tradicionales de psicoterapia de grupo a las características particulares de estos pacientes, e integrando este tratamiento con otros tipos de intervención (farmacológica, rehabilitación psicosocial, etc.).

A través del grupo pueden actuar muy diversos factores terapéuticos, tales como la mejora de la autoestima, la contención de la ansiedad, la comprobación y aceptación de la realidad, el aprendizaje vicario, la instigación de esperanza, etc. desarrollando funciones psíquicas que tienen en común el que se construyen, mediante identificación, a partir de lo aportado por un otro externo. Como señalan Ingelmo, Ramos y Muñoz (1993), el terapeuta debe determinar qué factores terapéuticos grupales deben ser activados en cada caso, y en virtud de ello seleccionar las técnicas de intervención.

3.2.4 Las terapias cognitivas

Constituyen otro ingrediente importante a considerar en el tratamiento integral. Hasta el momento, sin embargo, la perspectiva cognitiva se ha mostrado más fértil en proporcionar modelos explicativos de lo que podríamos llamar la nueva perspectiva neuropsicológica de la esquizofrenia, que en métodos de tratamiento específico eficaces.

En orden a la eficacia está abierta una interesante polémica en torno al lugar que pueden ocupar estas técnicas en la secuencia de intervenciones. Así, algunos autores han encontrado que, de cara al tratamiento es más eficaz intervenir según una secuencia inversa a la etiopatogénica (en la que los déficits cognitivos preceden a los déficits en la función social): la intervenciones cognitivas se muestran más eficaces tras una cierta recuperación de la función social, adquirida mediante otras técnicas

Muchos procedimientos cognitivos están ya habitualmente integrados en otros formatos de tratamiento comentados antes (técnicas de control de estrés, búsqueda de solución de problemas, etc.). Pretenden actuar a dos niveles: Rehabilitador (recuperar déficits), y preventivo (el déficit cognitivo no es solo un síntoma sino un elemento de vulnerabilidad, y su corrección por tanto puede tener un valor preventivo de cara a la evolución).

Algunas de las líneas de trabajo más prometedoras en la actualidad son las siguientes:

La “Terapia Psicológica Integrada”, de Brenner (Hogarty, Anderson y Reiss, 1981; Brenner, Hodel, Roder y Corrigan, 1992; Hodel y Brenner, 1994; Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1995) desarrollada en la ciudad de Berna: incorpora mediante subprogramas distintos ingredientes de lo cognitivo y lo conductual resocializador, planteando interesantes perspectivas de combinación de ambas dimensiones, que aún no han encontrado su mejor complementariedad. Y llama la atención sobre la necesidad de incorporar también al tratamiento la dimensión afectivo-emocional, tan descuidada por los cognitivo-conductuales.

El tratamiento incluye los varios módulos: aprendizaje de resolución de problemas, habilidades sociales, comunicación verbal, percepción social, diferenciación cognitiva.

Los trabajos del grupo de Birchwood, en Birmingham, y de Tarrier, en Salford, Manchester (Birchwood y Tarrier, 1995) incorporan importantes novedades tanto en las técnicas como, sobre todo, en los focos de atención del tratamiento; por ej. proponen intervenciones específicas para el proceso de recuperación de las psicosis agudas, o para un abordaje precoz ante la presencia de pródromos, o para el tratamiento y modificación de los síntomas psicóticos residuales resistentes a fármacos. Es de destacar que estas intervenciones están pensadas (y ensayadas) en un contexto asistencial muy claramente definido como comunitario (de atención continuada) y al servicio de tratamientos integrados (tanto en su concepción teórica como en su aplicación práctica).

Otra línea de gran interés teórico y práctico es la iniciada por Perris y su grupo (Perris y Skagerlind, 1994), que trabajan sobre técnicas de intervención para la esquizofrenia, que toman como referencia la terapia cognitiva de Beck para la depresión.

4. LA INTEGRACIÓN EN LA RED DE SERVICIOS COMUNITARIOS

Más allá de los avances en la construcción de modelos teóricos integradores, no se podrá hablar con propiedad de tratamiento integral de la esquizofrenia, ni de Psiquiatría Integral, si no es en el contexto de una red de servicios de salud mental comunitarios en la que esté garantizada la continuidad de cuidados, y el acceso a recursos, dispositivos y programas asistenciales al servicio de las necesidades reales (clínicas y sociales) de los pacientes, con la suficiente flexibilidad (las

expectativas, necesidades, y pautas de uso de los servicios son cambiantes), teniendo siempre presente que el objetivo final es restituir al sujeto la capacidad para el desarrollo de sus opciones vitales, mediante el ejercicio de los derechos civiles y sociales; y el mayor grado posible de competencia en la gestión de su vida y su persona, incluida su enfermedad (o lo que quede de ella).

Hay suficiente experiencia acumulada como para saber que las nuevas fórmulas de organización de los servicios comunitarios, que suponen proyectos asistenciales integrales y globales (desde la primera consulta hasta la rehabilitación) pueden cambiar substancialmente el porvenir del paciente esquizofrénico (Mc Farlane, Dune y Lukens, 1993; Rebolledo y Lobato, 1994; Rebolledo y Pastor, 1991; Desviat, 1995; Fernández Liria, 1995; Hernández Monsalve, 1996; Desviat, 1994; Weller y Muijien, 1993; Dell'Acqua, 1995).

5. AFRONTANDO NUEVOS RETOS: HACIA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ESQUIZOFRENIA

En nuestros días, en que aún el intervalo que media para gran número de pacientes, entre la presentación de los síntomas prodrómicos, e incluso de los primeros síntomas característicos de la enfermedad, y el comienzo del tratamiento llega a ser de varios años (González Vázquez et al., 1996), hablar de prevención primaria puede parecer ilusorio. Y ciertamente no estamos en condiciones de proponer medidas preventivas que hayan demostrado su validez, pero sí señalar algunas direcciones que nos pueden aproximar a ello en los próximos años. Valgan como referencia los ya clásicos estudios Doane (Falloon, Kydd, Coverdale et al., 1996), al caracterizar familias mediante el «Estilo Afectivo», un indicador con algunos puntos en común respecto al de Emoción Expresada, con patrones de relación que indican alto riesgo de que alguno de sus miembros padezca esquizofrenia, o los de Wynne (Martínez Pascual, Higuera González y Moreno Raymundo, 1997), trabajando sobre un constructo algo distinto («la Comunicación Desviada»), pero referido a la misma área problemática. El estudio conjunto de estos indicadores referidos a las familias, con otros neurofisiológicos (Bilder, 1996; Green, 1996; Scully et al., 1997); y neuropsicológicos, (Bilder, 1996; Green, 1996; Scully et al., 1997; Frith, 1995) referidos a la vulnerabilidad individual podrían orientar en la confección de programas selectivos de intervención precoz. Las recientes aportaciones de Falloon (Falloon, Kydd, Coverdale et al., 1996), informando de la eficacia de intervenciones «precozes» (en periodos prodrómicos), y de otros autores (Martínez Pascual, Higuera González y Moreno Raymundo, 1997), alientan justificadas esperanzas en el complejo panorama del tratamiento de la(s) esquizofrenia(s), y en el no menos interesante de la entidad psicobiológica del ser humano (Eisenberg, 1995).

Tras un breve repaso a algunos hitos que han marcado la evolución desde la tradicional perspectiva dualista hasta la más recientes integradoras, se exponen sus fundamentos teóricos y empíricos, tanto para la comprensión etiopatogénica de la(s) esquizofrenia(s) como para decidir estrategias de tratamiento. Se aborda especialmente la integración entre el nivel biológico/tratamientos farmacológicos y el psicosocial/psicoterapia-rehabilitación, y se revisan algunas posibilidades de integración de distintos modelos de psicoterapia.

Finalmente, se señala la importancia de llevar a la práctica una integración efectiva en los servicios de salud mental comunitarios, y las nuevas posibilidades abiertas a las intervenciones de carácter preventivo.

Palabras clave: esquizofrenia, integración en psicoterapia, servicios de salud mental, redes sociales, tratamientos farmacológicos.

Referencias bibliográficas:

- AKBARIAN, S., KIM J.J., PTKIN, S.G. et al.(1996). Maldistribution of interstitial neurons in prefrontal white matter of the brains of schizophrenics patients. *Archives of General Psychiatry*, 53, 425-436.
- ALANEN, Y.O. (1994). An attempt to integrate the individual-psychological and interactional concepts of the origins of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 55-61.
- ANDERSON, C., REISS, D., & HOGARTY, G. (1986). Esquizofrenia y familia. Buenos Aires: Amorrortu.
- ANDREASEN, N.C., FLAUM, M., SWAYZE, V.W. II, et al. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. *Archives of General Psychiatry*, 47, 615-621.
- BACHNEFF SA. (1996). Regional cerebral blood flow in schizophrenia and the local circuit neurons hypothesis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 163-182.
- BEARD, J.H., PROPST, R., & MALAMUD, T.J. (1982). The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-53
- BÉJAR, A., VAZ, F.J., PENASA, B., GONZÁLEZ, J.C., & CASADO, M. (1996). Conciencia de enfermedad en la esquizofrenia: una aproximación clínica. *Psiquiatría Biológica*, 3, 31-36.
- BILDER, R.M. (1996). Neuropsychology and neurophysiology in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 57-62.
- BIRCHWOOD, M., & TARRIER, N. (1995). El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel.
- BREIER, A., & STRAUSS, J.S. (1984). Social relationships in the recovery from psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 949-955.
- BRENNER, H.D., HODEL, B., RODER, V., & CORRIGAN, P. Treatment of cognitive disfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-27.
- BROWN, G.W, CARSTAIRS, G.M, & TOPPING, G.C. (1957). The post hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 11, 685-685.
- BROWN, G.W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various tips of living group. *Milbank Memorial Fundation Quartely*, 37, 105-131.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T. (1968). Crises and life changes on the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 203-214.
- BROWN, G.W., MONEK, E.M., CARSTAIRS, G.M., & WING, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- CABALLERO, L. (1995). Cultura y evolución de la esquizofrenia en los estudios de la OMS. ¿Se ha hecho una asociación prematura?. *Psico-News Letter*, 1, 1-2.
- CIOMPI, L. (1980). Catamnestic Long-term study on the course of live and aging schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 608-618.
- CIOMPI, L. (1989). The dynamics of complex biological -psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediators in the long term evolution of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155, 15-21.

- CIOMPI, L. (1994). Affect Logic: An integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl 23), 51-55.
- COLODRÓN, A. (1990). *Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler*. Madrid: Siglo XXI.
- CROW TJ. The two syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bull* 1985: 471-486
- DESVIAT, M. (1994). La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor.
- DESVIAT, M. (1995). La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio. *RRPIC*, 1, 87-90.
- Dell'ACQUA, G. (1995). Triste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de salud mental. *Psiquiatría Pública*, 7, 129-143.
- DOCHERTY, J., HERZ, M., & GUNDERSON, J. (1993). Psychosocial treatment research in psychiatry: A Task Force of the American Psychiatric Association (pp. 25-28 y 37-39). Washington: A.P.A.
- EDGERTON, R.B., & COHEN, A. Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge. *British Journal of Psychiatry*, 164, 222-231.
- EISENBERG, L. (1995). The social construction of the human brain. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1563-1575.
- FALLON, I.R.H., BOYD, J.L., & MCGILL, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guildford Press.
- FALLOON, I.R.H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-15.
- FALLOON, R.H., KYDD, R.R., COVERDALE, J.H. *et al.* (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271-282.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A. (1995). Los programas de seguimiento y cuidados de los pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica de Madrid. *RRPIC*, 1, 32-36.
- FRANCES, A., DOCHERTY, J.P., & KAHN, D.A. (1996). Protocolos del consenso de expertos. Tratamiento de la esquizofrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (suplemento 12B, ed, española).
- FREEDMAN, A.M. (1967). Historical and political roots of the community mental health centers act. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 487-494.
- FRITH, C. D. (1995). *La esquizofrenia. Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel.
- GARRABÉ, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Seghers (trad. cast., *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996)
- GOLDSTEIN, M.J., RODNICK, E.H., EVANS, J.R., *et al.* (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177.
- GONZÁLEZ VAZQUEZ, A.I., GARCÍA CORTÁZAR, P., RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, E., & LÓPEZ FERNÁNDEZ, B. (1996). En busca de la psicosis naciente. *Psiquiatría Pública*, 8, 360-366.
- GONZÁLEZ, M., & CAPILLA, T. (1993). Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos I. *Revista AEN*, 13, 29-34.
- GOTTESMAN, I. I. (1989). *Schizophrenia genesis: the origins of madness*. New York: Freeman.
- GREEN, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- GUNDERSON, J.G., FRANKL, A.F., KATZ, H.M. *et al.* (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- HAMMER, M. (1981). Social support, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-57.
- HARDING, C.M. (1988). Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 633-643.
- HARDING, C.M., & ZAHNISER, J.H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl 384), 140-141.
- HERNÁNDEZ MONSALVE, M. (1996). De los tratamientos asertivos al «case management». *Psiquiatría pública*, 246-251.
- HODEL, B., & BRENNER, H. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients: conceptual bases, present state, future directions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (sup 384), 108-115.
- HOGARTY G. E., ANDERSON C. M, REISS D. J, *et al.* (1981). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the treatment of schizophrenia. II: 2 years effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
- HOGARTY, G.E., KORNBLITH, S.S., GRUNWALD, D., *et al.* (1995). Personal therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 379-393.
- HUGUELET, P.H, FAVRE, S., BINYET, S., GONZÁLEZ, C.H., & ZABALA, I. (1995). The use of the expressed Emotion Index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a French speaking area

- of Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 447-452.
- INGELMO, J., RAMOS, L.I., & MUÑOZ, F. (1993). Tratamiento combinado de la esquizofrenia crónica en un contexto asistencial público. *Psiquiatría Pública*, 3, 157- 175.
- JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., COOPER, J.E. *et al.* (1994). Criticisms Of WHO studies are answered. *British Journal of Psychiatry*, 165, 434-436.
- JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., ERNBER, G., *et al.* (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychological Medicine*, 20 (monograph sup).
- KANE, J.M., & MCGLASHAN, T.H. (1995). Tratamiento de la esquizofrenia. *The Lancet* (ed. española), 28, 130-126.
- KEEFE, R.S.E, LOBEL, D.S, MOHS, R.C., *et al.* (1991). Diagnostic issues in chronic schizophrenia: kraepelinian schizophrenia, undifferentiated schizophrenia, and state-independent negative symptoms. *Schizophrenia Review*, 4, 71-79.
- LAMB, D.H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-442.
- LEFF, J. (1994). Stress reduction in the social environment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl 384), 133-139.
- LEFF, J. (1994). Working with the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 164 (sup. 23), 71-76.
- LEFF, J. (1996). Alliance with families in the management of schizophrenia. *Congrés Internacional de Salud Mental*. ANYS. Barcelona.
- LEHMAN, A.F., THOMPSON, J.W., DIXON, L.B., SCOT, J.E. (1995). Schizophrenia: treatment outcomes research- editor's introduction. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 561-566.
- LIBERMAN, R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- LIDDLE, P.F. (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative symptom dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- LINZSEN, D.H., DINGEMANS, P.M., NUGTER, M.A., *et al.* (1997). Patient attributes and expressed Emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 119-130.
- MARDER, S.R., WIRSHING, W.C., MINTZ, J. *et al.* (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585- 1592.
- MARTINEZ PASCUAL, B., HIGUERA GONZÁLEZ, E., MORENO RAYMUNDO, P. (1997). Tratamiento de la esquizofrenia incipiente. *Psiquiatría Pública*, 9, 69-71.
- MCGLASHAN, T.H. (1994). What has become of the psychotherapy of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (suppl.), 147-152
- MCPHERSON, R., JERROM, B., & HUGHES, A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 718-722.
- McFARLANE, W.R., DUNE, E., LUKENS, E. *et al.* (1993). From research to clinical practice: Dissemination of New York's state family psychoeducational project. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 265-270.
- MONTERO, I., GOMEZ-BENEYTO, M., RUIZ, I., PUCHE, E., & ADAM, A. (1992). The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of spanish patients. A two year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- MUESER, K.T, & BERENBAUM, H. (1990). Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future?. *Psychol. Med.*, 20, 252-262.
- NUECHTERLEIN, K.H., & DAWSON, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-313
- PARRADOPRIETO, C., RODRIGUEZ CAMPOS, A., & JIMENO BULNES, N. (1997). Tratamientos psicosociales y cognitivos en los síndromes esquizofrénicos. *Psiquiatría Pública*, 9, 55-65.
- PERRIS, C., & SKAGERLIND, L. (1994). Cognitive therapy with schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 384), 65-70.
- REBOLLEDO, S., & LOBATO, M.J. (1994). *Cómo afrontar la esquizofrenia*. Madrid: Asociación Psiquiatría y Vida.
- REBOLLEDO, S., & PASTOR, A. (1991). Programas y servicios de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3, 204- 214.
- RODER, V., BRENER, H.D., HODEL, B., & KIENZLE, N. (1995). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel.
- ROSENBAUN, C. P. (1995). Individual psychotherapy. En S. Vinogradov & I. D. Yalom, *Treating schizophrenia*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- ROSENBER, R. (1994). Heredity in the functional psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 89, 142-145.
- RUPPIN, E., REGGIA, J.A., & HORN, D. (1996). Pathogenesis of schizophrenic delusions and hallucinations: A neural model. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 105-123.
- SCOTT, J. E., & DIXON, L. B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 621-630.
- SCULLY, P. J., COAKLEY, G., KINSELLA, A., & WADDINGTON J. L. (1997). Executive (frontal) dysfunction and negative symptoms in schizophrenia: apparent gender differences in 'static' v. 'progressive' profiles. *British Journal of Psychiatry*, 171, 154-158.
- STEIN, L., & TEST, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch. Gen. of Psychiatry*, 37, 392-397.
- TANAKE, S., MINO, Y., & INOVE, G. (1995). Expressed Emotion and the course of schizophrenia in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 167, 795-798.
- TIENARI, P. *et al.* (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: the finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 477-484.
- VAN OS, J., FATHY, T. A., BEBBINGTHON, P. *et al.* (1994). The influence of life events on the subsequent course of psychotic illness. A prospective follow-up of the Camberwell collaborative psychosis study. *Psychol. Med.*, 24, 503-513.
- VAUGHN, C. E., & LEFF, J. P. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Clinical Social Psychology*, 15, 157-165.
- WADDINGTON, J. L., YOUSSEF, H. A., & KINSELLA, A. (1995). Sequential cross-sectional and 10-year prospective study of severe negative symptoms in relation to duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. *Psychological Med.*, 25, 849-857
- WALKER, E., LEWINE, R.J. (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of patients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1052-1056.
- WELLER, M. P. I., & MUIJEN, M. (1993). *Dimensions of community mental health care*. London: WP Sanders.
- WIESELGREN, I. M., & LINDSTRÖM, L. H. (1996). A prospective 1-5 year outcome study in first admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. *Acta Psychiatr. Scand.*, 93, 9-19.
- WIGG, N.N., MENON, D.K., BEDI H, *et al.* (1987). Expressed emotion and schizophrenia in North India. I: cross-cultural transfer of ratings of relatives' expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, 151, 156-173.
- WORKING GROUP ON SCHIZOPHRENIA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. (supplement to). *American Journal of Psychiatry*, 157.
- World Health Organization. Schizophrenia. An international follow-up study. Wiley. Chichester 1979
- WYKES, T., & CARSON, J. (1996). Psychosocial factors in schizophrenia: implications for rehabilitation and community care. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 68-72
- ZUBIN, J., & SPRING, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Anormal Psychology*, 86, 103-126.

COMBINACION DE PSICO Y FARMACOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Alberto Fernández Liria, Psiquiatra
Coordinador de Salud Mental del Área 3 (Madrid)
Profesor asociado de la Universidad de Alcalá
C/ Fernán González 79, 61 C
28009 MADRID

We present in this work a general review of the combination of medication and psychotherapy, and its specific application to depression, we assume the recommendations of the most important international groups. We present a brief review of the psychotherapy as a treatment in the mental disorders and as trainable skill, making a more detailed analysis of the efficiency of the combined treatments with medication, searching in it the complementary, and leaving behind the attitudes based on confrontation, that it has resulted useless and sterile.

We end with the conclusion that in some cases it's proved the superiority of the combined treatments, but in other doesn't seem to remain this clear. At least what we can say is that combination of medication and psychotherapy, a priori, it's not negative.

Key words: depression, cognitive therapy, interpersonal therapy, integrated treatments, psychopharmacology.

INTRODUCCIÓN

Las relaciones entre tratamientos farmacológicos y psicosociales estuvieron durante años dominadas por el paradigma estúpido de la confrontación. Las acusaciones de tener un efecto meramente encubridor o carecer de base científica fueron, durante años, el único intercambio practicado entre las dos aproximaciones al trastorno mental.

La introducción desde los años 50 de los antipsicóticos, los antidepresivos y los ansiolíticos modernos en el tratamiento de los trastornos mentales conllevó no sólo un nuevo arsenal de recursos terapéuticos sino un nuevo **modelo** en la conformación de estos recursos. Un modelo que vino de la mano del **ensayo clínico** y que exigía la demostración empírica de la utilidad de los remedios que se iban a utilizar con los pacientes. Un modelo que produjo una revolución de la psiquiatría

que supuso la práctica desaparición de las intervenciones psicosociales, (y aún, aunque eso no nos ocupe aquí, de la reflexión psicológica o psico(pato)lógica) de las principales publicaciones, líneas de investigación y reflexiones de la Psiquiatría desde mediados de los años setenta.

Como consecuencia de esto, a los tratamientos se les exige no una justificación racional, sino una demostración de eficacia. En este aspecto lo que luego experimentó un impresionante desarrollo con el nombre -abusivo- de *psiquiatría biológica*, carente de un modelo de ser vivo y conformada como un conglomerado de hipótesis *ad hoc*, no podía competir en modo alguno con ninguna de las escuelas que se disputaban la hegemonía en la psiquiatría a la que sustituyó con tanto éxito. Sorprendentemente en los albores de la época farmacológica las diferentes escuelas psicoterapéuticas habían producido volúmenes ingentes refutándose mutuamente las bases teóricas y se habían dividido como resultado de apasionados cismas, pero no existía ninguna demostración de que la psicoterapia fuera eficaz en el tratamiento de los trastornos mentales -como señaló acertadamente Eysenck ya en 1952- y, lo que es peor, no existía una metodología adecuada para dar cuenta de tal eficacia.

Basta echar una ojeada a los índices de las revistas internacionales de mediados de los años 90 para comprobar que las intervenciones psicosociales vuelven a ocupar en ellas el lugar que habían abandonado durante los ochenta (como retorna, a veces de su mano y a veces como un eco desde lo académico, el interés por la psicología y la psico(pato)logía). Nos vamos a ocupar aquí de la infrahistoria y las condiciones de este retorno en uno de los dos terrenos en los que se ha producido todo el proceso: el de la depresión (el otro es el de la esquizofrenia).

Varios grupos de psicoterapeutas realizaron desde el final de la década de los setenta un trabajo de investigación que ha sido relevante tanto por sus efectos demostrativos directos como por los hallazgos metodológicos que hubieron de desarrollar para llevarlos a cabo. Dos de ellos constituyeron con su presencia en las principales publicaciones biomédicas en los años 80, la excepción a la regla de ausencia que siguió la psicoterapia durante estos años. Ambos trabajaron en primer lugar sobre depresión. El grupo de Beck desarrolló la Terapia Cognitiva de la Depresión (TCD), cuyo manual vio la luz en 1979 (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El grupo de Klerman y Weissman desarrolló la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP) cuya versión manualizada se publicó en 1984 (Klerman *et al.*, 1984).

Las propuestas de estos dos grupos tenían unas características comunes que han conformado el modo en el que la psicoterapia reaparece en la consideración de los tratamientos de los trastornos mentales.

1) Ambos se presentan al colectivo profesional mostrando sus resultados según el modelo general del **ensayo clínico**.

2) Ambas se definen como **tratamiento** de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en

función de otros valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal, etc.

3) Ambas se perfilan como una **destreza profesional** bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.

4) Ambos conciben su utilidad como **complementaria con la de los tratamientos farmacológicos** y no como antagónica a estos.

Desarrollaremos nuestra exposición de acuerdo con estos puntos iniciales

ENSAYO CLÍNICO Y PSICOTERAPIA

Es la referencia al ensayo clínico (y no la colección de explicaciones *ad hoc* con referencia al sistema nervioso que han seguido a los hallazgos empíricos de la farmacología moderna) lo que ha sustentado la preeminencia de los tratamientos biológicos durante los últimos veinte años. Los dos grupos mencionados presentaron su propuesta de intervención en base a una demostración de su eficacia frente a ausencia de tratamiento, placebo, a otras formas de intervención psicosocial y a imipramina en pacientes seleccionados según criterios del DSM. Ambos habían demostrado en esos estudios iniciales, más eficacia que la ausencia de tratamiento, más que el placebo y al menos tanta como la imipramina, con algún indicio de que la combinación de ambas (imipramina y psicoterapia) podía ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado. Ambos grupos han ampliado sus propuestas a problemas particulares dentro del tratamiento de los trastornos depresivos: recurrencia (Evans *et al.*, 1992; Kovacks *et al.*, 1981; Frank *et al.*, 1993b, 1994), ancianos (Reynolds *et al.*, 1992; Frank *et al.*, 1993a), adolescentes, trastorno bipolar (manual no publicado del grupo de Pittsburg), distimia (Mason *et al.*, 1993), tratamientos en atención primaria (Muson *et al.*, 1993), enfermos terminales (Schulberg *et al.*, 1993); o de otros trastornos: drogodependencias (Markowitz *et al.*, 1993; Rousanvill y Carroll, 1993) trastornos de ansiedad (Cherry y Markowitz, 1996; Beck y Emery, 1985; Clark, 1986, 1991), bulimia (Fairburn, 1981, 1993; Fairburn *et al.*, 1991), trastornos de la personalidad (Beck y Freeman, 1990), etc.

Pero lo que aquí nos interesa es que abrieron un camino que ha sido transitado por diferentes propuestas psicoterapéuticas. Lambert y Bergin (1994) en la cuarta edición del manual de Bergin y Garfield recogen los metaanálisis de estudios de eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos sobre depresión que reproducimos en el cuadro 1. En ellos podemos observar una magnitud de efecto (*effect size*) de 0.65 y 2.15. No es fácil una traducción a términos más descifrables intuitivamente de estos resultados. Pero considérese que estudios semejantes para tratamientos con fármacos antidepresivos han puesto de manifiesto magnitudes de efecto que oscilan entre 0.40 y 0.81 dependiendo de la sustancia y el tipo de trastorno depresivo considerado (Lambert y Bergin, 1994).

Tampoco son fáciles de interpretar los resultados del Proyecto Coordinado de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión (Elkin, 1994) auspiciado por el Instituto Nacional de la Salud americano cuyas publicaciones, además, han tenido

CUADRO 1:**REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON DEPRESIÓN**

(tomado de Lambert y Bergin, 1994, reproducido con permiso de John Wiley and Sons, Inc., all rights reserved)

autores	diagnóstico/tratam	n1 estudios	magn. efecto
Dobson (1989)	depresión/ter. cognit.	10	2.15
Nietzel, Russel, Hemmings y Gretter (1987)	depresión unipolar	28	0.71
Quality Assurance Project (1983)	depresión	10	0.65
Robinson, Berman y Neimeyer (1990)	depresión	29	0.84
Steinbrueck, Maxwell y Howard (1983)	depresión	56	1.22

una historia complicada debido a desavenencias entre los distintos colaboradores que se han complicado, además, con el cambio de apellido (por cambio de estado civil) de la investigadora principal Irene Elkin (antes Waskow). En este estudio - que tendrá, sobre todo, repercusiones en la metodología de investigación - se compararon cuatro condiciones de atención a pacientes deprimidos (excluidos bipolares y psicóticos): Terapia Cognitivo-conductual de la Depresión (TCD) (Beck *et al.*, 1979), Terapia interpersonal de la depresión (TIP) (Klerman *et al.*, 1984), Imipramina mas Manejo Clínico (IMI-MC) (especificado en un manual elaborado al efecto) y Placebo mas Manejo Clínico (PLA-MC). Entre sus conclusiones (de análisis complejo) destacamos para lo que aquí nos concierne las siguientes:

1) Las cuatro condiciones estudiadas produjeron diferencias significativas en las medidas de síntomas pre y post-tratamiento. La condición PLA-MC obtuvo una tasa de respuesta inesperadamente alta, posiblemente atribuible al componente de terapia de apoyo incluido en el manual de Manejo Clínico, lo que en realidad podría también convertir la opción IMI-CM en una suerte de *tratamiento combinado*, más que en un tratamiento farmacológico puro.

2) Todas las formas de tratamiento activo resultaron más eficaces que el placebo (efectos que son mas evidentes para TIP y IMI-MC - no así para TCD - si se utilizan criterios de *recuperación* en lugar de respuesta).

3) No se pudieron demostrar diferencias significativas entre las tres formas de tratamiento activo empleadas al final del tratamiento, ni siquiera en las medidas en las que cabía esperar una mayor especificidad debida a las hipótesis de base o a las estrategias empleadas en cada forma de tratamiento (excepto mejores resultados para TIP en funcionamiento social y para TCD y IMI-MC para disfunción cognitiva en los pacientes con alteración menos grave de estos parámetros).

4) La modalidad IMI-MC resultó de acción mas rápida que el resto.

5) La tasa de retención fue mayor para TIP.

6) Las depresiones mas graves tendían a responder mejor a IMI-MC y, en segundo lugar, a TIP.

Resulta particularmente inquietante el hecho de que, aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo más de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubieron alcanzado criterios de *remisión*. Mas adelante nos referiremos a este hecho como un motivo de insatisfacción que nos debe animar a continuar la investigación y como un argumento a favor del tratamiento combinado.

LA PSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El trabajo de los dos grupos a los que venimos refiriéndonos se caracteriza por realizarse sobre un trastorno bien definido -la depresión- y por plantearse como objetivo (en función del cual pueden ser evaluados) la remisión de este trastorno y no algún tipo de cambio definido en terrenos diferentes como la estructura de personalidad o hábitos de comportamiento del que según una hipótesis teórica que fundamenta la práctica, debería, en todo caso, desprenderse como resultado, la mejoría. Se trata de un dato muy importante que ha facilitado la aceptación de estas formas de actuación por el colectivo médico psiquiatra más impregnado que nunca por la concepción positivista de la medicina durante los años a los que nos estamos refiriendo.

La TIP se declara desde el inicio como un tratamiento específico para la depresión, no doctrinario y empírico, basado en la experiencia clínica y en la evidencia experimental y que puede ser practicado desde cualquier postura teórica que no incluya el prejuicio contra las intervenciones psicosociales breves. La TCD parte de unos postulados teóricos claros (la existencia de alteraciones cognitivas de las que resulta el trastorno depresivo). Pero, como han señalado sus propios promotores ni siquiera la refutación de alguno de esos postulados (como la existencia de predicciones erróneas por los pacientes depresivos) puede quitar valor a lo evidenciado por los múltiples ensayos clínicos y más bien debería orientar a una revisión de los planteamientos epistemológicos de partida del grupo investigador (desde un neopositivismo ingenuo hacia el constructivismo social) (Haaga y Beck, 1993). Ninguna de las dos concepciones exige, para ser practicada con eficacia, la asunción en exclusiva de grandes concepciones acerca de la naturaleza del hombre, la conciencia, la conducta o la enfermedad mental (como pueden utilizarse inhibidores de la recaptación de la serotonina sin pensar que la conducta humana sea un epifenómeno de la actividad bioquímica en las neuronas o que una alteración del metabolismo de la serotonina sea la causa última de los trastornos depresivos).

LA PSICOTERAPIA COMO UNA DESTREZA ADQUIRIBLE

El manual de Beck (Beck *et al.*, 1979), aunque había tenido antecedentes desde la modificación de conducta (Bellack *et al.*, 1981; Fuchs y Rehm, 1977), inaugura la era de la manualización (a la que Luborsky calificó de «pequeña revolución») (Luborsky y DeRubies, 1984), de las intervenciones psicoterapéuticas (que desde la tradición psicodinámica abrieran los ya citados Klerman y Weissman (Klerman *et al.*, 1984), Luborsky (1984) y Strupp y Binder (1989), a los que se sumará un amplio abanico de autores mas jóvenes y alguna versión manualizada de las psicoterapias mas clásicas (Sifneos, 1992). No es el principal efecto de la manualización pero, en lo que aquí nos interesa, la manualización conllevó, en ambos casos, el establecimiento de un procedimiento reglado de formación que determinaba las características de los aspirantes a terapeutas, los requerimientos teóricos y prácticos y el modo de adquirirlos y de comprobar que se habían adquirido. Con ello la práctica de la psicoterapia dejó de ser contemplado como aplicación de algo para lo que facultaba alguna suerte de recorrido iniciático del que resultaban algunas características personales del terapeuta.

COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Beck y su grupo comienzan su manual (Beck *et al.*, 1979) respondiendo a la pregunta de por qué proponer un tratamiento psicosocial para un trastorno para el que existen tratamientos farmacológicos de utilidad probada. Exponen tres razones: En primer lugar, según aseveran, aunque un 65% de los cuadros depresivos responden a la medicación antidepresiva queda un 35% de no respondientes (el porcentaje de respuesta a psicoterapia es semejante. Pero no hay porqué pensar que el grupo de no respondientes está en ambos casos compuesto por los mismos individuos). Tendría, pues sentido buscar una solución para el 35% restante. En segundo lugar hay quien no quiere tomar fármacos (o no los tolera). Por último el proceso psicoterapéutico constituye una experiencia de la que el sujeto puede sacar otros beneficios que pueden redundar en su capacidad de afrontar nuevas situaciones o síntomas prodrómicos en un futuro, evitando recidivas.

El argumento ha sido recientemente reformulado y aplicado en un editorial del *Current Opinion in Psychiatry* firmado por John Rush (1996). En él señala que aunque las tasas de **respuesta** obtenidas en el tratamiento de los trastornos afectivos están en torno al 50%, las tasas de **remisión** (en los escasos estudios que proporcionan datos para poder evaluar este concepto) se sitúan en torno al 25%. Rush no se refiere a tasas de **recuperación** que incluyan medidas de recuperación de niveles previos de funcionamiento psicosocial o calidad de vida, que la experiencia clínica nos sugiere que deben ser aún peores.

Esta masa de pacientes no respondientes o respondientes pero no recuperados señala la ineludibilidad de los tratamientos combinados. Tanto el grupo de Beck

(Beck *et al.*, 1979) como el de Klerman y Weissman (Klerman *et al.*, 1984) propugnan los tratamientos combinados con fármacos antidepressivos que indican exactamente las condiciones en que está establecido que cabe esperar mejor respuesta de los antidepressivos. En una perspectiva más psicoanalítica, Luborsky (1984) hace lo propio y da indicaciones para la combinación y el manejo de los problemas que de ésta pudieran surgir.

Karasu, editor de la amplísima terapéutica publicada por la *American Psychiatric Association* y de alguno de los más originales, brillantes y divertidos textos sobre psicoterapia de los últimos años (Karasu, 1992) propuso en un modelo de indicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (como posibilidades no excluyentes en base a la consideración de una serie de dimensiones (**cuadro 2**) (Karasu, 1990a, 1990b). Estas mismas dimensiones podrían, según este autor orientar hacia el tipo de psicoterapia indicado (**cuadro 3**). Karasu recomienda que los clínicos estén formados en alguna de las tres orientaciones psicoterapéuticas y conozcan los principios e indicaciones de las otras dos de modo que puedan utilizar la suya o derivar para las otras solas o en combinación con tratamiento farmacológico

La evidencia a favor de la superioridad de los tratamientos combinados, como señalaron en un trabajo completísimo Klerman y colaboradores (Klerman *et al.*, 1994), es metodológicamente difícil de obtener y requiere de grandes muestras para comparar cuatro o preferiblemente seis grupos de pacientes. Por ello aunque existen trabajos que apuntan tal superioridad (Klerman *et al.*, 1984; Weisman y Klerman, 1990; Blackburn *et al.*, 1981; Hollon *et al.*, 1990; Covi *et al.*, 1990; Frank *et al.*, 1990) han sido discutidos (Manning y Frances, 1990) y están por dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación) y condiciones en que se produce.

Klerman y colaboradores (Klerman *et al.*, 1994) señalaron como posibles mecanismos de acción de la combinación los siguientes:

- 1) La medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico.
- 2) La medicación puede mejorar las funciones yoicas que son requeridas para la participación en la psicoterapia.
- 3) La medicación puede facilitar la abreacción,
- 4) Los efectos positivos de la medicación pueden mejorar las expectativas, actitudes y estigmatización de los pacientes.
- 5) La psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico.
- 6) La psicoterapia puede constituir, en realidad, un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento causal que proporcionaría la medicación.

De lo que no cabe duda es de que si la psicoterapia consiste en un proceso de adquisición de nuevos significados de los elementos que constituyen la realidad del sujeto, la mera aceptación de un tratamiento medicamentoso que pretende abordar una *enfermedad* donde había desesperación, culpa e impotencia (que se convierten así en síntomas de los que el sujeto es víctima en lugar de castigos de los que el sujeto

**CUADRO 2:
INDICACIONES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO
Karasu (1990b)**

Variable	Indicación de tratamiento (a)	
	farmacológico	psicoterapia
criterios DSM-III- R de depresión mayor humor depresivo	signo vegetativos prominentes; alteración extrema o incontrolada	alteración media, leve o caracterológica
alteración del peso	importante	menos importante
alteración del sueño	despertar precoz	hipersomnias, pesadillas
agitación psicomotriz	hiperactividad o retardo	inquietud o sentimientos de enlentecimiento
fatiga o anergia	estupor depresivo	falta de motivación, abulia
baja autoestima o culpa	delirios o alucinaciones	autoinculpación, autorreproches
dificultades de concentración y pensamiento	descontrol del pensamiento, ruminaciones, incapacidad de concentración	distractibilidad, indecisión, cogniciones negativas
ideas de muerte o suicidio	episodios agudos incontrolados o planes suicidas (b)	sentimientos crónicos de desesperanza y desamparo (c)
Rasgos asociados	ataques de pánico o fobias, delirio paranoide, pseudodemencia síntomas o delirios somáticos	aislamiento social, miedo al fracaso o al rechazo, quejas somáticas o hipocondría
Historia familiar	carga genética (bi o unipolar)	no carga genética (distimia)
Factores predisponentes	otros trastornos (esquizofrenia, alcoholismo, anorexia...)	estresores psicosociales, pérdidas, cambios de estatus o rol
Trastornos de la personalidad	límite, histriónico, obsesivo	dependiente, inadecuado, masoquista
(a) No son categorías excluyentes (b) Puede requerirse, además, hospitalización (c) La medicación puede ser también útil		

es merecedor) supone una operación psicoterapéutica a la que cabe atribuir la altísima eficacia obtenida por el placebo. Nótese el gran parecido de esta operación con lo propiciado por los terapeutas interpersonales en las fases iniciales bajo los epígrafes hacerse cargo de la depresión y otorgar al paciente el rol de enfermo.

CUADRO 3:
VARIABLES SELECTIVAS Y NO SELECTIVAS PARA LA
PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN
 Karasu (1990b)

VARIABLES NO SELECTIVAS	VARIABLES SELECTIVAS		
	PSICODINÁMICA	COGNITIVA	INTERPERSONAL
sentimientos de desesperanza y desamparo	sentimiento crónico de vacío y minusvalía personal	Pensamientos claramente distorsionados acerca de sí mismo del mundo y del futuro	Disputa reciente con conyuge u otro significativo
apatía, dishedonia	pérdidas o separaciones largas en la niñez	pensamiento pragmático (lógico)	Problemas sociales o de comunicación
expectativas e ideales inalcanzables	conflictos en relaciones pasadas (padres, compañeros sexuales...)	insuficiencias reales (incluido fracaso en otras psicoterapias)	Transición o cambio reciente en la vida
hipersomnias, pesadillas	capacidad de <i>insight</i>	necesidad de guía moderada o alta	Reacción de duelo anormal
sentimientos de inquietud o enlentecimiento	capacidad de modular la regresión	respuesta a entrenamiento conductual y autoayuda (alto grado de autocontrol)	Necesidad de guía modesta o moderada
abulia y apatía	acceso a sueños y fantasías		Respuesta a la manipulación ambiental (existe red social)
culpa, baja autoestima	poca necesidad de dirección		
distractibilidad, alteración del pensamiento	entorno estable		
deseos o intenciones de muerte			
aislamiento social, temor al fracaso o rechazo			
quejas somáticas o hipocondría			

Klerman y colaboradores advierten también de los posibles efectos negativos de la combinación. Los posibles efectos negativos de la medicación sobre la psicoterapia se deberían a: 1) efecto placebo de la medicación en presencia de la psicoterapia, 2) una reducción de los síntomas que conllevaría una reducción de la motivación para la psicoterapia y 3) un socavamiento de las defensas que propicia la sustitución de síntomas. Los posibles efectos negativos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia podrían ser: 1) aumentar innecesariamente el gasto, 2) ser sintomáticamente disruptiva y 3) dificultar la adaptación a la medicación. En cualquier caso Manning y Frances (1990) aunque, como ya hemos mencionado son

sumamente cautos a la hora de valorar las evidencias a favor de la combinación existentes en la literatura, sí creen poder concluir que en ella no existe ningún indicio de que el resultado de la combinación pueda ser peor que el de cualquiera de ellos por separado.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

En la actualidad existe un amplio arsenal de tratamientos para los trastornos depresivos aunque ninguno de ellos puede considerarse (con respuestas en porcentajes en torno al 60% y remisiones del 25%) enteramente satisfactorio. No existe evidencias de que la combinación de ambos tratamientos sea contraproducente y en cambio sí las hay de que puedan tener un efecto potenciador por lo que la combinación es recomendable y la investigación sobre las condiciones en que ésta puede surtir más efecto una auténtica necesidad (en este terreno se ha ido más lejos con las intervenciones psicosociales en pacientes esquizofrénicos).

Los clínicos que trabajan con pacientes depresivos deben conocer y emplear al menos una (aunque sería deseable que tuvieran una formación básica en dos o tres) de las intervenciones que han demostrado eficacia y las indicaciones de las otras intervenciones, para poder derivar a sus pacientes a quien pueda practicarlas cuando estén indicadas (el esquema de Karasu (1990b) que reproducimos en los cuadros 2 y 3 puede valer como primera aproximación a los criterios a emplear).

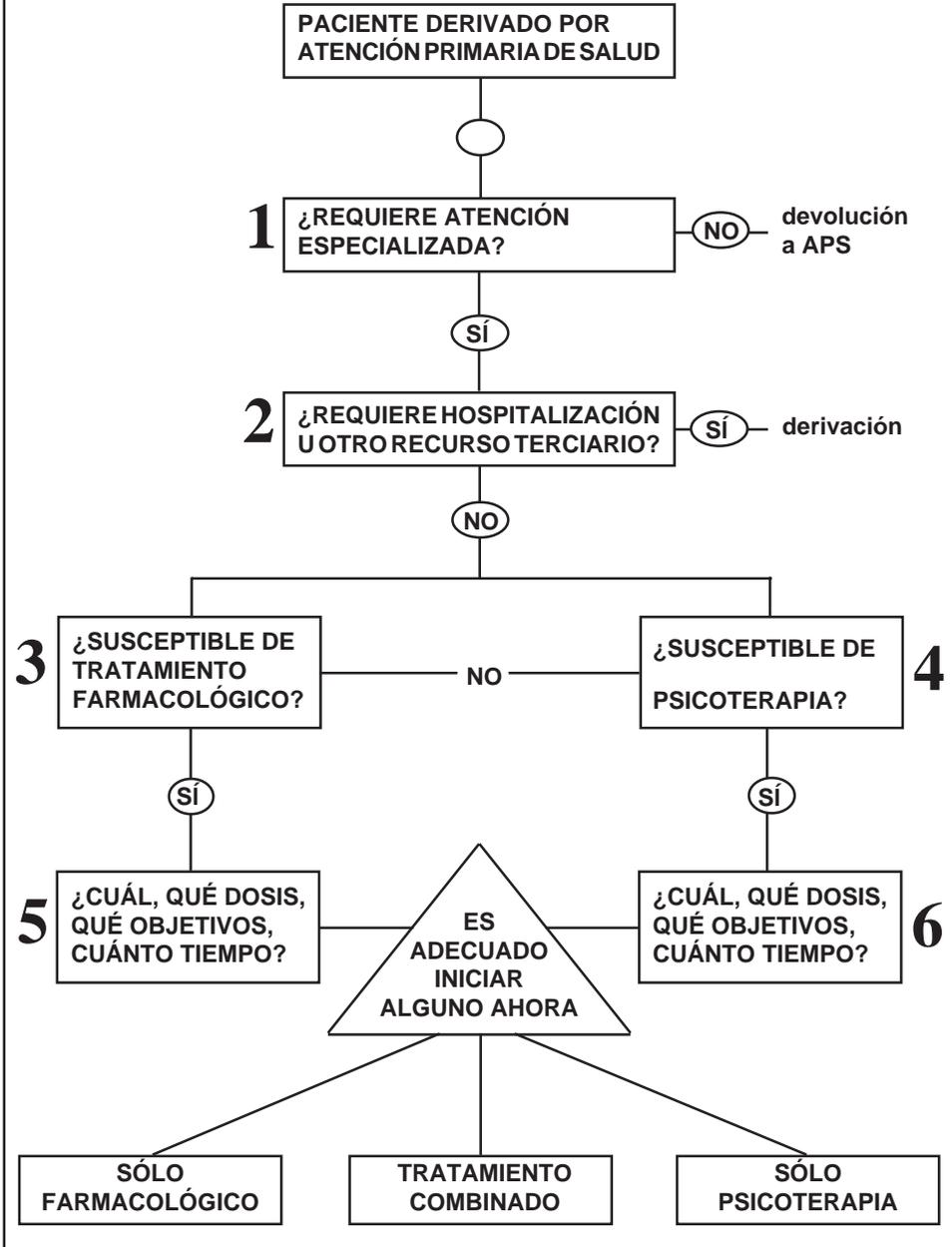
En un grupo de expertos con práctica en psicoterapia en el sector público que trabajó en Madrid (Fernández Liria *et al.*, 1997) recientemente, publicamos el árbol de decisión que aparece en la **figura 1** y que considera el momento de indicación de una intervención psico y/o farmacoterapéutica. Los criterios utilizados para ello se explicitan en los **cuadros 4 y 5**. Como puede observarse la susceptibilidad de un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico debe analizarse independientemente.

CUADRO 4:

CONDICIONES PARA LA VIABILIDAD DE UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse (1997)

- 1) se admite que el cuadro clínico que presenta el paciente suele responder a tratamiento con determinados fármacos. O bien, que, aún no siendo así
- 2) el cuadro incluye síntomas que sí responden a tratamiento farmacológico y cuya modificación alteraría el curso o el impacto del trastorno sobre la vida del paciente. Hay que valorar así mismo
- 3) la posible existencia de contraindicaciones y
- 4) la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente.

FIGURA 1:
PROCESO DE INDICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA
 Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B,
 Benito Cano T, Mas Hesse J (1997)



En caso de estar ambos igualmente indicados consideraciones acerca de la eficiencia deben orientarnos en la elección de uno de ellos o la combinación de ambos.

CUADRO 5:

**CONDICIONES PARA LA VIABILIDAD DE UN
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**
**Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega,
Benito Cano, y Mas Hesse (1997)**

- 1) existe evidencia de que el cuadro clínico que presenta el paciente responde a psicoterapia. O bien, aunque no sea así,
- 2) existen ciertos aspectos del problema por el que se consulta que serían modificables por la psicoterapia y su alteración mejoraría el curso o atenuaría el impacto del trastorno. Además es preciso que
- 3) exista o se pueda construir una versión del problema (aportada o aceptada por el demandante) que plantea:
 - un conflicto en la relación consigo mismo
 - un conflicto en relación con otros significativos
 - un conflicto con acontecimientos.Este requisito supone la capacidad del paciente de colocarse como implicado personalmente en el problema o la resolución del mismo. Hay que considerar así mismo:
- 4) las expectativas del paciente respecto al tratamiento, así como la presencia de
- 5) posibles factores limitantes (edad y etapa del ciclo vital del paciente, accesibilidad, aspectos culturales -incluida la concordancia con el terapeuta- y actitud y susceptibilidad ante el cambio)

Presentamos en este trabajo una revisión del modelo de combinación de psicofármacos y psicoterapia en general y aplicado específicamente a la depresión, asumiendo las recomendaciones de los grupos más importantes a nivel internacional sobre este tema.

Hacemos una breve revisión de la psicoterapia como tratamiento utilizado en los trastornos mentales y como destreza adquirible, haciendo un análisis más detallado de la efectividad de los tratamientos combinados con psicofármacos, buscando en ello la complementariedad, y dejando atrás las actitudes basadas en la confrontación que han resultado inútiles y estériles.

Terminamos con la conclusión de que si en algunos casos parece que está demostrada la superioridad de los tratamientos combinados, en otros no parece quedar esto claro, pero desde luego lo que sí cabe decir, es que la combinación de psicofármacos y psicoterapia, a priori, no es negativa.

Palabras clave: depresión, terapia cognitiva, terapia interpersonal, tratamientos combinados, psicofarmacología.

Referencias bibliográficas

- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guilford. (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983)
- BECK, A.T., & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BECK, A.T., & FREEMAN, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- BELLACK, A.S., HERSEN, M., & HIMMELHOCH, J. (1981). Social skills training with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1562-1567.
- BLACKBURN, I.N., BISHOP, S., GLEN, A.I.M., WHALEY, L.J., & CHRISTIE, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy of depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- CHERRY, S., & MARKOWITZ, J.C. (1996). Interpersonal psychotherapy. En J.S. Kantor (Ed.), *Clinical depression during addition recovery: Process, diagnosis and treatment* (pp. 165-185). New York: Marcel Dekker.
- CLARK, D.M. (1986). Cognitive therapy to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461-470
- CLARK, D.M., & SALKOVSKIS, P.M. (1991). *Cognitive therapy with panic and hypochondriasis*. New York: Pergamon.
- COVI, L., LIPMAN, R.S., & SMITH, J.E. (1990). Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 65-112). Washington: American Psychiatric Press.
- DOBSON, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- ELKIN, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-142) (IVth edition). New York: Wiley.
- EVANS, M.D., HOLLON, S.D., DERUBIES, R.J., PIASEKI, J.M., GROVE, W.N., GARVEY, M.J., & TUASON, V.B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 309-324.
- EYSENCK, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FAIRNBURN, C.G. (1981). A cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- FAIRNBURN, C.G. (1993). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 353-378). Washington: American Psychiatric Press.
- FAIRNBURN, C.G., JONES, R., PEVLER, R.C., CARR, S.J., SOLOMON, R.A., O'CONNOR, M.E., BURTON, J., & HOPE, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 463-469.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A., HERNÁNDEZ MONSALVE, M., RODRÍGUEZ VEGA, B., BENITO CANO, T., & MAS HESSE, J. (1997). Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental. En A. Fernández Liria, M. Hernández Monsalve, & B. Rodríguez Vega (Eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración* (pp. 143-162). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- FRANK, E., KUPFER, B.D.J., & LEVENSON, J. (1990). Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 133-150). Washington: American Psychiatric Press.
- FRANK, E., KUPFER, D.J., CORNES, C., & MORRIS, S.M. (1993). Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy*. (pp. 75-102). Washington: American Psychiatric Press.
- FRANK, E., FRANK, N., CORNES, C., IMBER, S.D., MILLER, M.D., MORRIS, S.M., & REYNOLDS, C.F. (1993). Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy*. (pp. 167-198). Washington: American Psychiatric Press.

- FRANK, E., KUPFER, D., PEREL, J., CORNES, C., JARRET, D., MALLINGER, A., THASE, M., MCEACHRAN, A., & GROCHOCINSKI, V. (1994). Three-years outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. of Gen. Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- FUCHS, C.Z., & REHM, L.P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- HAAGA, D.A., & BECK, A.T. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- HOLLON, S.D., DERUBIES, R.J., & EVANS, M.D. (1990). Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 35-64). Washington: American Psychiatric Press.
- KARASU, T.B. (1992). *Wisdom in the practice of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- KARASU, T.B. (1990a). Toward a clinical model of psychotherapy for depression. I: Systematic comparison of three psychotherapies. *American Journal of Psychiatry*, 147, 133-147.
- KARASU, T.B. (1990b). Toward a clinical model of psychotherapy for depression. II: An integrative and selective treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 147, 269-278.
- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., MARKOWITZ, J.C., GLICK, I., WILNER, P.J., MASON, B., & SNEAR, K. (1994). Medication and psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 734-782) (IVth edition). New York: Wiley.
- KLERMAN, G.L., ROUSANVILLE, B., CHEVRON, E., NEU, C., & WEISSMAN, M.M. (1984). *Interpersonal psychotherapy (IPT)*. New York: Basic Books.
- KOVACS, M., RUSH, A.J., BECK, A.T., & HOLLON, S.D. (1981). Depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38, 34-39.
- MANNING, D.W., & FRANCES, A.J. (1990). Combined therapy for depression: critical review of the literature. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 1-34). Washington: American Psychiatric Press.
- MARKOWITZ, J.C., KLERMAN, G.L., PERRY, S.W., CLOUGHERTY, K.E., & JOSEPHS, L.S. (1993). Interpersonal psychotherapy for depressed HIV-seropositive patients. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 199-224). Washington: American Psychiatric Press.
- MASON, B.J., MARKOWITZ, J.C., & KLERMAN, G.L. (1993). Interpersonal depression for dystimic disorders. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 225-264). Washington: American Psychiatric Press.
- MUFSON, L.H., MOREAU, D., WEISSMAN, M.M., & KLERMAN, G.L. (1993). Interpersonal psychotherapy for adolescents with depression. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 129-166). Washington: American Psychiatric Press.
- NIETZEL, M.T., RUSSELL, R.L., HEMMING, K.A., & GRETTER, M.L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- LAMBERT, M.J., & BERGIN, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: Wiley.
- LUBORSKY, L., & DERUBIES, R.J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- QUALITY ASSURANCE PROJECT (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 129-146.
- REYNOLDS, C.F., FRANK, E., PEREL, J.M., IMBER, S.D., CORNES, C., MORYCZ, R.K., MAZUMDAR, S., MILLER, M.D., POLLOCK, B.K., RIFAI, A.H., STACK, J.A., GEORGE, C.J., HOUCK, P.R., & KUPFER, D.J. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 149, 555-558.
- ROBINSON, L.A., BERMAN, J.S., & NEIMEYER, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30-49.
- ROUSANVILLE, B.J., & CARROLL, K. (1993). Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 319-352). Washington: American Psychiatric Press.

- RUSH, J. (1996). Assessing outcome in practice: a paradigm shift?. *Current Opinion in Psychiatry*, 1-2.
- SCHULBERG, H.C., SCOTT, C.P., MADONIA, M.J., & IMBER, S.D. (1993). Applications of interpersonal psychotherapy for depression in primary care practice. En G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 265-294). Washington: American Psychiatric Press.
- SIFNEOS, P.E. (1992). *Short-Term anxiety-provoking psychithery. A treatment manual*. New York: Basic Books. (Trad cast: *Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu).
- STEINBRUECK, S.M., MAXWELL, S.E., & HOWARD, G.S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 856-863.
- STRUPP, H.H., & BINDER, J.L. (1989). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books. (Trad cast: *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1993).
- WEISSMAN, M.M., & KLERMAN, G.L. (1990). Interpersonal psychotherapy and its derivatives in the treatment of depression. En D.W. Manning & A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 113-132). Washington: American Psychiatric Press.

FAMILIA Y ABUSO SEXUAL

Intervenciones psicológicas

17 de Abril de 1999

Profesores: **Juan Luis Linares y Carlos Lamas**

Este seminario aborda la intervención psicológica en situaciones de abuso sexual teniendo en cuenta el contexto familiar. Pretende orientar a los profesionales de la salud y de asistencia social sobre la detección, evaluación y las intervenciones que puede llevar a cabo cuando ocurre este tipo de problemática. Para ello los profesores presentaran de forma práctica los aspectos a tener en cuenta y sugerirán formas específicas de trabajo, en base a casos videograbados y ejercicios prácticos.

Los aspectos sobre los que se centrará el curso son:

- Detección de indicadores psicológicos de la existencia de abuso
- La entrevista con las víctimas y la intervención inicial
- Indicaciones para el trabajo individual y familiar
- Tipos de abuso y tipos de familias:
 - √ Indicadores de cada tipo de abuso
 - √ Características relacionales de las familias
 - √ Intervenciones diferenciales

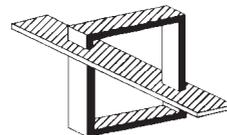
INSCRIPCIONES

Centro de Terapia Cognitiva

C/ Lluís Sagnier, 41 ent. 1ª
Barcelona 08032
Tel: 34 - 93.456.8316, de 15 a 18 horas
Fax: 34 - 93.455.2176
Correo electrónico: ctpiacog@copc.es
<http://www.cromasl.com/ctcognitiva>

ASEPCO

Asociación Española
de Psicoterapias Cognitivas



TRATAMIENTO INTEGRADO DE PSICOFARMACOTERAPIA Y TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE PANICO CON AGORAFOBIA

Daniel Bogiaizian

Universidad de Belgrano, Argentina.

Director del Área Psicológica de la *Asociación Civil AYUDA para el tratamiento de los trastornos de ansiedad*, Buenos Aires, Argentina.

Brought about by clinical research, this work tries to approach an integrated model between cognitive-behavioral psychotherapy and pharmacotherapy, applied on the treatment of panic disorder with agoraphobia. This field, which is rather obscure in its results regarding researches done, deserves to be taken into account. Bearing in mind some inespecific variables, such as the psychologist's interventions in pharmacotherapy, the psychiatrist's in psychotherapy, and improving the communication between both of them, sensitive decreases in treatment desertions are obtained as well as good evolutions in many cases, especially the most severe ones.

Key words: integration, psychotherapy, pharmacotherapy, panic disorder with agoraphobia

A pesar que la integración entre la farmacoterapia y la psicoterapia es un campo en estado de desarrollo y algunos resultados aparecen como contradictorios, en los últimos tiempos, hay creciente consenso alrededor del concepto de que la multiplicidad de recursos favorece las posibilidades de éxito en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. La psicoterapia cognitivo-conductual y la psicofarmacoterapia específica son, en especial, las que nos han demostrado en la experiencia clínica ser las más efectivas cuando se utilizan conjunta e integradamente. Según Michelson (1994), en el caso de pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, son necesarios tratamientos multimodales más amplios para, así, abordar la compleja naturaleza del trastorno.

La sinergia de la farmacoterapia y psicoterapia tiene un atractivo clínico. La reducción de las dosis medicamentosas en trastorno de pánico con agorafobia aparece como posible a través de un entrenamiento acertado, relaciones perfectibles

y/o la desensibilización de muchos de los sensibles estímulos fóbicos que se relacionan con los ataques de pánico y la agorafobia (Beitman, 1996).

Es interesante observar los estudios realizados tanto en tratamientos exclusivos de tipo psicoterapéutico como en tratamientos farmacológicos y comprobar más allá de la eficacia de los mismos el alto porcentaje de deserciones. A este respecto, Mavissakalian (1996) afirma que aunque los que defienden los tratamientos conductuales y farmacológicos parecen estar más interesados en la eficacia comparativa de estos trastornos, la mayor parte de la evidencia sugiere un abordaje combinado para maximizar la respuesta en las etapas severas del trastorno y para minimizar la recaída cuando los tratamientos con antidepresivos se discontinúan (al menos, cuando se trata de trastorno de pánico con agorafobia).

En un estudio realizado en nuestra población clínica (Cía, Bogiaizian, Liceaga y col., 1995), sobre un total de 143 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia, de los 85 que sólo recibieron farmacoterapia, desertó el 30% contra un 14% de los 58 que recibieron terapia cognitivo-conductual más farmacoterapia.

Otro factor a tener en cuenta es la dificultad de intervenir desde la psicoterapia exclusivamente, puesto que el 80% de los pacientes que llegan a consultar a nuestra clínica ya está consumiendo algún psicofármaco (en general, ansiolíticos), factor que no puede dejar de tenerse en cuenta. No se puede encarar un tratamiento exclusivamente psicoterapéutico desconsiderando “ingenuamente” que se viene automedicando con 2 o 3 mg. de ansiolíticos diarios, por ejemplo.

Según Barlow (1993), es de crucial importancia trabajar la relación de los tratamientos con los abordajes generales de la medicación. Teniendo en cuenta que, en un primer momento, se medica a muchas personas con trastorno de pánico, la unión del paciente y el tratamiento y las investigaciones de los efectos interactivos en los trastornos son actividades importantes que atender en un futuro inmediato.

Los recursos de la farmacoterapia y la psicoterapia no pueden ser utilizados como una mera adición, sino que deben ensamblarse armoniosa y sólidamente a los ojos del paciente, que, en general, ya arrastra en sus antecedentes malas experiencias, tanto en la rama de la psicología como en distintas especialidades médicas.

Para optimizar ese ensamble, van a ser necesarias intervenciones del psicoterapeuta en relación a la farmacoterapia y del farmacoterapeuta en la psicoterapia; todo esto acompañado por una fluida comunicación entre ambos.

En nuestra práctica, el proceso de integración se hace presente desde el primer momento, ya que la admisión puede ser realizada tanto por un profesional psicólogo como por un médico psiquiatra.

ADMISIÓN

El proceso de admisión juega un papel preponderante, ya que será la base sobre la que se asentará el tratamiento. Siempre hay que tener presente que con cualquier tipo de tratamiento el porcentaje más alto de deserciones se produce luego de la

admisión o primera entrevista, lo que habla claramente de su importancia.

La evaluación del terapeuta está conformada por su estimación en torno a la severidad del trastorno, la comprensión teórica de que dispone, así como de los recursos técnicos con que cuenta para enfrentar esa situación y también la cantidad de recursos adicionales que serán necesarios movilizar para ayudar al paciente (Férrnandez Álvarez, 1992).

Tanto el psicólogo como el médico psiquiatra podrán realizar el proceso de admisión y deben tener en cuenta y manejar la totalidad de recursos de los que se va a disponer en el tratamiento. Del resultado de la evaluación surgirá un diagnóstico que en el caso de tratarse de trastorno de pánico con agorafobia deberá contemplar distintos ítems:

- 1.- Posibles comorbilidades, generalmente: otros trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad. Siempre hay que considerar la posibilidad de enfermedades físicas, especialmente. las endocrino-metabólicas, cardiopatías, enfermedades neurológicas, etcétera.
- 2.- La antigüedad del cuadro panicoso y el tiempo transcurrido hasta que se desarrolló la agorafobia.
- 3.- Evaluación de factores laborales, familiares, interpersonales y/o económicos que puedan estar incidiendo en el trastorno.
- 4.- Diagnósticos y tratamientos previos recibidos. Sus resultados y motivos de los abandonos.
- 5.- Tipo de perfil: adictivo, transgresor, cumplidor, temeroso o desconfiado y su grado de sugestibilidad.

De la consideración de todos estos factores surgirán la elección del binomio terapéutico, en función del estilo personal de los profesionales y las necesidades del caso.

Otro factor a tener en cuenta son los tratamientos o intentos de solución previos desde que el paciente comenzó con el malestar. En un estudio realizado en 1994 por A. Cía y D. Bogiaizian, el promedio de profesionales consultados previamente a la admisión fue de 8,23% (sobre un total de 75 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia). De estos 8 profesionales, 3 fueron psiquiatras o psicólogos. Esta sucesión de tratamientos infructuosos deriva en un escepticismo orientado, en algunos casos, hacia los tratamientos farmacológicos y, en otros, hacia los tratamientos psicoterapéuticos que, en general, se han indicado como único recurso.

En nuestra práctica, es frecuente que nos encontremos con comentarios referidos a la medicación y a la psicoterapia, tales como:

- “No quiero hacerme dependiente de la medicación.”
- “No quiero tomar cualquier cosa.”
- “No quiero estar dopado.”
- “¿Tengo que tomar sí o sí la medicación?”
- “No quiero estar medicado de por vida.”

- “¿Para qué tengo que ir al psicólogo?...Ya fui a dos o tres y ninguno me quitó las fobias.”
- “¿Esto se resuelve hablando?”
- “Estoy cansado de hablar de mi infancia.”
- “Yo hablaba de mis miedos y mis síntomas y el/la psicólogo/a no le daba importancia, era como que no me creía ni él/ella.”

Remontar estos antecedentes no resulta fácil.

Cuando se opta por un tratamiento integrado es fundamental que el profesional explique que desde la farmacoterapia se va a trabajar básicamente sobre la sintomatología física, buscando atenuar las sensaciones corporales displacenteras y, desde lo psicológico, se buscará modificar las estructuras de pensamiento disfuncionales, y se le propondrán recursos para que logre exponerse a las situaciones temidas con éxito. El objetivo es diferenciar el tratamiento a seguir de los abordajes inespecíficos que no consideran la importancia del trabajo prioritario sobre la sintomatología invalidante y deteriorante de la calidad de vida del paciente.

Conviene aclarar que el proceso de recuperación va a ser gradual y que va a requerirse de una cuota importante de esfuerzo por parte del paciente. (Reemplazar sufrimiento estéril por esfuerzo fértil).

Es importante que el médico refuerce los aspectos psicológicos del tratamiento y el psicólogo las ventajas de la farmacoterapia. Esto tiende a aumentar la credibilidad en el tratamiento. El mismo comienza en el proceso de admisión con la que resulta ser la primera medida psicoeducativa: *dar el diagnóstico*, hecho que no puede estar ausente. Obviamente, también surgen interrogantes pronósticos: se debe ser muy cuidadoso al respecto si uno detecta comorbilidades de importancia, por más que se trate de un trastorno de pánico severo y claro de diagnosticar.

Aunque parezca obvio, muchos profesionales del área de la salud mental indican tratamientos o comienzan a llevarlos a cabo sin explicar al paciente de qué se lo está tratando. En algunos casos, se indican medicaciones correctas en dosis adecuadas sin que medie una palabra acerca del diagnóstico. Ante la pregunta del paciente al respecto, se suele responder vagamente, o bien con un lacónico: “Usted tome esto que va a andar bien”.

Teniendo en cuenta las características de los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia, suelen ocurrir tres cosas:

1ª Opción: El paciente lee el prospecto de la medicación y al encontrarse con una larga lista de efectos indeseables posibles opta por no tomar la medicación.

2ª Opción: Toma la medicación a menor dosis de la indicada. (“Por las dudas”.)

3ª Opción: Toma la medicación y, ante el primer indicio de malestar (efecto adverso o colateral), la abandona.

Desde el área psicoterapéutica, en algunos casos, no se dan diagnósticos para evitar “etiquetamientos” y, en otros, por no considerarse necesarios. Se corre el riesgo de reforzar el temor del paciente a que pueda estar volviéndose loco o

fomentar los temores de tipo hipocondríacos; también se fomenta la idea previa, bastante frecuente, que esto le está sucediendo nada más que a él y que no se sabe lo que tiene. Ambas ideas favorecen las deserciones o abandonos de los tratamientos, privándose el paciente de ser ayudado y dejar de vivir sufriendo.

PRIMERA ETAPA: Inicio del tratamiento del Trastorno de Pánico con Agorafobia

Suponiendo que el paciente que comienza un tratamiento no está recibiendo ningún psicofármaco, lo primero que debemos asegurarnos y asegurarle será la tolerabilidad del psicofármaco a administrar, considerando, desde luego, que medicaremos a una persona que padece una fobia. ¿Por qué si le teme a tantas cosas, no va temerle a un medicamento que desconoce? ¿No es suficiente la sintomatología genuina de su trastorno como para agregar efectos colaterales molestos? De acuerdo con estos principios, lo ideal será comenzar con ansiolíticos antipánicos de alta potencia a muy bajas dosis y en fraccionamientos adecuados. Una conducta similar conviene adoptar cuando el paciente acude a la consulta con un ansiolítico inespecífico que no sea de alta potencia (Bromazepan, Diacepan, Lorazepan): se lo reemplazará paulatinamente por los antipánicos más potentes (Alpra, Clonazepam), (A. Cía, 1994). Teniendo muy en cuenta la dependencia que suele haber con los ansiolíticos que vienen tomando, “ya que si bien no les resuelven o suprimen los síntomas fóbicos, por lo menos, no les hacen mal” (relato textual reiterado de los pacientes). Por ejemplo:

ALPRAZOLAM: de 0,50 a 2 miligramos diarios cada 6-8 horas a dosis por toma de 0,125 a 0,50. (En general, es excelentemente tolerado). Con el objetivo de bloquear los ataques de pánico espontáneos, iremos aumentando gradualmente las dosis y combinándola o reemplazándola por:

CLONAZEPAM: de 0,25 a 1 miligramo por día (en 2 o tres tomas diarias) por tener una mayor vida media y menor poder adictivo. Consideramos como dosis antipánicas equivalentes: 0,50 mg. de Clonazepam = 1 mg. de Alprazolam

Luego de la *admisión*, el *tratamiento* consta de diferentes etapas: en un principio, la frecuencia será semanal y se alternarán las sesiones farmacoterapéuticas con las psicoterapéuticas, que con el tiempo y a medida que el paciente se vaya recuperando, las sesiones tendrán una frecuencia quincenal y, en las últimas etapas del tratamiento, mensual.

	SEMANAS																	
Admisión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
F / P	F	P	F	P	P	F	P	P	P	F	P	P	P	F	P	P	P	P

F = Farmacoterapeuta
P = Psicoterapeuta

En las primeras sesiones psicoterapéuticas, hay una cuota importante de

información que se le va transmitiendo al paciente: cómo funcionan los distintos niveles de ansiedad, cómo se produce un ataque de pánico. Mediante el ciclo vicioso de Amenaza física descrito por Beck, Ermentry y Greenberg (1985), el paciente comienza a discriminar los pensamientos catastróficos de las sensaciones físicas. Se le explica en qué consiste la ansiedad anticipatoria y los efectos del mecanismo de evitación y sus devastadores efectos en la calidad de vida.

De acuerdo a Barlow y Craske (1993), la información acerca de las bases fisiológicas de la ansiedad y el pánico en función de la supervivencia. El concepto de condicionantes interoceptivos, justificando los ataques de pánico que ocurren como respuesta a las señales internas o sensaciones físicas que puedan aparecer en cualquier momento, reduce la ansiedad respecto a los ataques de pánico e incrementa la credibilidad en los subsiguientes pasos del tratamiento. Para las primeras semanas, sugerimos la elaboración de un informe día por día intersesión, que por un lado, nos proporcionará mayores elementos acerca del proceso de la enfermedad y, por otro, ayudará al paciente en el proceso de discriminación. La información que el paciente vuelque a la siguiente tabla servirá para ir planificando las primeras exposiciones.

Informe intersesión

DÍA	HORA	PENSAMIENTO	SENSACIÓN FÍSICA	SITUACIÓN

Es importante que el psicólogo en esta etapa indague acerca de cómo marcha la medicación e informe al médico si llega a ser necesario. No es raro que el paciente no la haya tomado en las dosis indicadas o que, ante la aparición de algún efecto colateral, suspenda el tratamiento farmacológico y no comente nada por temor a que el médico lo “rete”. De acuerdo con Beitman (1996), sea la medicación efectiva o no, es posible que sus efectos secundarios se transformen en el foco de enojo del paciente. En estos casos, el psicoterapeuta **no sólo** le debe transmitir al médico psiquiatra lo que sucede, sino que también debe trabajar sobre el tema con el paciente para concienzarlo de la severa dificultad para trabajar cognitivamente con niveles de ansiedad muy elevados.

En algunos casos inclusive, el paciente teme tomar la medicación por primera vez y es conveniente realizarla en forma asistida para demostrarle al paciente que nada malo va a ocurrirle. Para evitar excusas y contribuir al inicio adecuado de la toma de medicación, es conveniente indicarla cuando el paciente se encuentra acompañado de personas de su confianza y si es posible, durante fines de semana

(considerando, desde luego, el excesivo temor de un fóbico a todo lo desconocido).

Los psicoterapeutas se deben comprometer a fomentar la confianza en sus pacientes para que ellos se comprometan lo más íntimamente y para que tomen coraje para cambiar la conducta. Cuando se posee conocimiento acerca del proceso del tratamiento farmacoterapéutico, se pueden ir tomando medidas en función de la dificultad que haya ocurrido, que de no ser corregidas, se arrastran a las siguientes etapas.

Asegurada la buena tolerabilidad y con la franca atenuación de los síntomas pánicos, nos encontramos aquí (en las cuatro semanas) en un momento propicio para preparar los primeros afrontamientos o tareas de exposición.

SEGUNDA ETAPA

Luego de conseguir una considerable disminución de la sintomatología (básicamente, de las sensaciones corporales pánicas), es conveniente complementar los ansiolíticos con antidepresivos tricíclicos o ISRS, teniendo en cuenta sus prolongadas vidas medias y el hecho de que su poder adictivo es casi nulo. Esto facilitará la última etapa, la de reducción de dosis.

Considerando los antidepresivos de mayor efecto sedativo, en orden de potencia, elegiremos:

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT)	INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)
AMITRIPTILINA (25-75 mg./día)	PAROXETINA (5-20 mg./día)
CLOMIPRAMINA (12,5-75mg./día)	SERTRALINA (25-100mg.día)
NORTRIPTILINA(12,5-50 mg/día)	VENLAFAXINA (25-75mg./día)
IMIPRAMINA	FLUOXETINA (5-20 mg./día)

Nota: Observar que las dosis diarias de los antidepresivos utilizadas como antipánicosos son bastante inferiores a las utilizadas en depresión como enfermedad principal.

En esta segunda etapa, una vez lograda la estabilidad en la mejoría sintomática, habiendo recuperado el paciente cierta confianza en sí mismo, se mantienen las dosis de los fármacos antipánicosos tantos meses como sea necesario. La duración de esta etapa *dependerá* básicamente de la severidad de la agorafobia. Por lo tanto, esta etapa podrá durar sólo semanas en una agorafobia leve y meses o casi un año en una agorafobia grave. *Integrada y consensuadamente, psiquiatra y psicólogo deben reforzar en esta etapa el concepto directivo de no tomar refuerzos especiales de medicación para realizar las tareas de exposición. El alto nivel de ansiedad que generen los afrontamientos deberá idealmente ser combatido dentro del terreno psicoterapéutico (Marks y col., 1994). La psicofarmacoterapia conviene limitarla*

a bloquear la aparición de ataques de pánico espontáneos y mantener la ansiedad de base en niveles tolerables. Debido a que esta etapa se caracteriza por la ausencia de los síntomas panicosos espontáneos a nivel de sensaciones corporales, será consiguientemente la más propicia para que el psicólogo gane terreno en la indicación de exposiciones cada vez más complejas y trabaje sobre las cogniciones negativas que pudiesen persistir.

La ausencia total de sensaciones corporales no siempre resulta del todo positiva. Algunos pacientes una vez que sienten menos síntomas, no quieren hacer psicoterapia, (Beitman, 1996). De ahí que se observan, en algunos casos, mejoras en los *Cuestionarios de Sensaciones Corporales* (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984) y muy pocos avances en los *Inventarios de Movilidad para Agorafobia* (Chambless, Caputo, Ejasin, Graeely y Williams, 1985) o en los *Cuestionarios de Cogniciones Agorafóbicas* (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984), siguiendo la tendencia natural a evitar o escapar de situaciones fóbicas reduce o suprime la ansiedad fóbica, panicosa anticipatoria de manera temporaria (Mavissakalian, 1993). Muchos pacientes se “conforman” y prefieren sostener la mejoría que tanto ansiaban y se resisten a hacer las tareas de exposición por temor a que vuelvan los ataques de pánico.

Será función del médico explicitarle al paciente el riesgo del abandono de la psicoterapia con la consiguiente posibilidad de cronificación del trastorno y el riesgo de quedar atado a una medicación o a las recaídas post tratamiento. Mavissakalian (1993) cita a Kandil (1983), según el cual, los tratamientos que se sirven de acuerdo con el principio de tratar la ansiedad bajo condiciones que eviten la sensibilización y promuevan el hábito, connotan un proceso de aprendizaje, incluso a nivel molecular que puede explicar sus efectos duraderos.

Una vez que el paciente tiene asegurada una buena tolerabilidad de la medicación, se le enseña el ejercicio de respiración controlada, que obviamente requiere de una etapa de práctica y aprendizaje. Éste va a ser una de las herramientas a las que el paciente recurrirá durante las primeras exposiciones.

El ejercicio de respiración controlada es simple y puede implementarse en situaciones sociales frente a otras personas; hecho que no ocurre, por ejemplo, con las técnicas de inervación vagal. El objetivo del ejercicio es la focalización de la atención sobre un área que el paciente pueda controlar (ritmo respiratorio) y los intentos de operar sobre otros síntomas como la vista borrosa, sudoración, taquicardia, mareo, etc. que lo condenan al fracaso. Además, se le enseñan técnicas de distracción útiles (al menos, en la primera etapa) y se refuerzan los conocimientos adquiridos en la primera etapa psicoeducativa. Además, así, se evita la hiperventilación. Teniendo en cuenta experiencias realizadas con este fenómeno, Barlow (1988) sugiere que es probable que los panicosos sean hiperventiladores que desarrollan el hábito de tener una respiración veloz.

Con esta batería de recursos, se planifica la primera exposición que deberá

llevar a cabo el paciente. En los casos severos asistido por el terapeuta, (Bados López, 1995), luego de evaluar distintos estudios, considera que la integración de las técnicas cognitivas con la exposición parece una cuestión básica. Durante la exposición a las situaciones temidas, surgen con más claridad las cogniciones; éstas no son retrospectivas y están más calientes, es decir, tienen un mayor impacto emocional que cuando son recordadas retrospectivamente. Por lo tanto, una intervención cognitiva puede tener efectos muy diferentes según se aplique únicamente en la tranquilidad de la consulta o, también, durante las situaciones temidas. Además, en este último caso, la asistencia del terapeuta puede ser útil en las fases iniciales para enseñar sobre el mismo terreno la aplicación de los técnicas cognitivas y ayudar a corregir errores y solventar dificultades. En esta etapa, los autoinformes deben contar con una columna extra que indique los recursos que el paciente está poniendo en práctica. Estos informes brindarán información acerca de cómo está evolucionando el tratamiento y los aspectos a reforzar. Tanto el médico como el psicólogo deben requerir estos informes, ya que para algunos pacientes la medicación es el recurso al que tienden a acudir.

DÍA	HORA	PENSAMIENTO	SENSACIÓN FÍSICA	SITUACIÓN	RECURSOS

Recordemos que la intención de la farmacoterapia fue atenuar y no suprimir todas las sensaciones de ansiedad. De la planificación correcta de la exposición dependerá el éxito en la tarea y esto aumentará la credibilidad en el tratamiento. Es importante aclarar que la medicación debe quedar fija y no sugerir tomas para situaciones especiales. Los refuerzos medicamentosos sólo están justificados ante afrontamientos impostergables e inevitables y siempre que cuenten con la correspondiente autorización del médico, como por ejemplo: viaje por razones laborales, traslado de un familiar por urgencias médicas, etc. En el transcurso del tratamiento, se deben ir variando los horarios de las exposiciones, procurando alejarlos paulatinamente de las tomas de medicación.

Tercera etapa

Habiendo logrado el afianzamiento en sus desplazamientos o movilidad y el consiguiente aumento en la autoconfianza del paciente, se procede a disminuir lenta y paulatinamente las dosis de fármacos (retirando, primero, los ansiolíticos y, luego, los antidepresivos antifóbicos). *Esto requerirá una vez más del trabajo integrado del psiquiatra con el psicólogo para acordar los tiempos.* Algunos pacientes

comienzan a discontinuar la medicación espontáneamente, olvidando la toma de alguna de las dosis y descubriendo que no tuvieron síntomas. Esto puede ser un buen dato para que el psicoterapeuta informe al médico que se puede comenzar la reducción de la medicación. *El psiquiatra y el psicoterapeuta deben ir discriminando los síntomas reales por una disminución de dosis, de la supuesta reaparición o recaída de la sintomatología pánica.*

Con frecuencia, cuando se le sugiere a los pacientes la reducción de las dosis medicamentosas, se observan aumentos en la hipervigilancia corporal y, ante el menor síntoma, el paciente teme estar frente a una recaída. Habrá que reforzar los recursos cognitivos y ayudar al paciente a discernir las sensaciones de ansiedad normal de las pánicas. El tratamiento, en esta etapa, no requiere de más de una o dos sesiones mensuales, hecho que además facilitará el “despegue” con los terapeutas.

La gran complejidad de esta etapa radica en evitar la tentación de “no innovar”, por “estar todo bien” tanto para el paciente como para los terapeutas. El gran desafío, sin lugar a dudas, consiste en efectuarla.

Evidentemente, para los pacientes que tengan predisposición para las adicciones en general, o para aquellos que tengan una ansiedad generalizada de base, la reducción o discontinuación de la psicofarmacoterapia se torna muy dificultosa. El 27-50% de los sujetos que han mejorado inicialmente recaen al dejar de tomar el fármaco (Telch, Tearnan y Taylor, 1983). Por el contrario, para aquellos otros que realizan un profundo cambio cognitivo, se torna mucho más sencillo, sin desconocer la tendencia recurrente del trastorno.

Por otra parte, los aumentos de la movilidad de parte del paciente pueden llegar a generar situaciones de extrañeza en el entorno familiar, que pueden requerir alguna intervención de parte del psicoterapeuta incluyendo, por ejemplo, a la pareja o su familia.

También puede ocurrir que se presenten síntomas como consecuencia de alguna discusión o conflicto en el área interpersonal. Safran y Segal (1994) dicen que es razonable la hipótesis de que la ansiedad funciona como una señal, en tanto las conductas y experiencias que se asocian con la interrupción o desintegración de las relaciones con otras personas significativas, también son identificadas como peligrosas y, en consecuencia, provocan ansiedad. La dificultad frente a estas situaciones reside en la fantasía de que es posible vivir sin ansiedad.

El proceso del alta se llevará a cabo en forma paulatina y de acuerdo a la evolución de cada paciente en particular; no todos terminan el tratamiento simultáneamente en las dos áreas. Algunos reciben el alta psicofarmacológica primero y otros, la psicoterapéutica. Lo importante es dejar cerrado el ciclo y no perpetuar el tratamiento por tiempo indefinido.

Producto de la experiencia clínica, este trabajo intenta acercar un modelo de integración entre la psicoterapia cognitivo-conductual y la farmacoterapia, aplicado al tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia. Este campo, que desde los trabajos de investigación aparece poco claro en sus resultados, merece ser considerado. Teniendo en cuenta algunas variables inespecíficas, como son las intervenciones del psicólogo en la farmacoterapia, las del psiquiatra en la psicoterapia, y mejorando la comunicación entre ambos, se obtienen sensibles disminuciones en los abandonos de los tratamientos y buenas evoluciones en los cuadros tratados, especialmente en los más severos.

Palabras clave: *integración, psicoterapia, farmacoterapia, trastorno de pánico con agorafobia.*

Referencias bibliográficas

- BADOS LÓPEZ, A. (1995). *Agorafobia, II. Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Buenos Aires: Paidós, pág. 503.
- BARLOW, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press, pág. 136.
- BARLOW, D.H., & CRASKE M.G. (1993). Panic Disorder and Agoraphobia. En D.H. Barlow (De.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step by Step Treatment Manual* (capítulo 1, pp. 24, 43). New York: The Guilford Press.
- BEITMAN, B.D. (1996). Integrating pharmacotherapy and psychotherapy: An emerging field of study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 163, 165.
- CÍA, A. (1994). *Trastornos por ansiedad. Ansiedad generalizada, pánico, fobias, estrés post-traumático*. Argentina: Estudio Sigma.
- CÍA, A., & BOGIAIZIAN, D. (Asociación Civil AYUDA) (1994). Antecedentes premórbidos y factores de riesgo para pacientes con trastornos de pánico y agorafobia. Paper presentado en el *Congreso Argentino de Psiquiatría*, Buenos Aires.
- CÍA, A., BOGIAIZIAN, D., LICEAGA R., & COL. (Asociación Civil AYUDA) (1996). Multimodal Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia: Results in 195 patients. Paper presentado en *SEPI Conference*, San Francisco (USA).
- FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós, pág. 131.
- KANDIL, & MAVISSAKALIAN, M R (1993). Combined Behavioral and Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders. En J.M. Oldman, M.B. Riba & A. Tasman, *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, pág 568.
- MARKS & COL. (1994). Pre-treatment predictors of treatment outcome in panic disorder and agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *Journal of Affective Disorders*.
- MAVISSAKALIAN, M R, & PRIEN, R.F. (1996). *Long-Term Treatment of Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Press, pág. 279.
- MICHELSON, L.K. (1994). *Risk-Benefit Issues in Psychological Treatment of Panic Disorder. Risk-Benefit Issues in Treatment of Panic Disorder* (pp. 223, section VI). Washington, DC.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, Z.V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- TELCH, TEARNAN, & TAYLOR (1995). En A. Bados López, *Agorafobia, II. Tratamientos psicológicos y farmacológicos* (cap. 5, pp. 463). Buenos Aires: Paidós.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32**

TERAPIA GRUPAL, TERAPIA FAMILIAR Y PSICOFARMACOLOGIA

Sergio Pagés y Héctor Fernández-Alvarez

Fundación AIGLÉ

Buenos Aires, Argentina

Different psychiatric disorders as schizophrenia, depression, compulsive-obsessive disorder, agoraphobia and eating disorders are considered in this article in order to combine group or family therapy with pharmacological treatments both in ambulatory and hospital conditions.

Key words: group therapy, family therapy, pharmacological treatments, psychiatric disorders.

INTRODUCCIÓN

La integración de las intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas ha encontrado dificultades para concretarse, debido al antagonismo entre las concepciones biológicas y psicologistas. Dicha oposición ha sido expresión de fuertes conflictos ideológicos (Klerman, 1991). Se han señalado, con frecuencia, varias desventajas recíprocas entre ambos procedimientos. La influencia negativa más típica de la medicación sobre la psicoterapia ha sido atribuida al potencial efecto ilusorio de la eliminación sintomática producida por los fármacos. Los defensores de la administración de medicamentos consideran, en forma complementaria, que la psicoterapia puede ser responsable de la persistencia y/o incremento de los síntomas, con el consiguiente perjuicio para la vida cotidiana de los pacientes.

Además, los estudios sobre resultados comparativos entre psicoterapia y psicofarmacología en general y sobre tratamientos combinados en particular han sido muy escasos, debido a inconvenientes metodológicos (Klerman *et al.*, 1994). Sin embargo, en los últimos tiempos estamos asistiendo a un florecimiento de la actividad en este terreno, tanto en el ámbito de la clínica como de la investigación (Beitman y Klerman, 1991; Beitman, 1993; Klerman *et al.*, 1994; Beutler, Barchas y Marzuk, 1996)

Las dificultades señaladas se acentúan cuando se trata de la relación entre psicofarmacoterapia y los métodos interaccionales de psicoterapia, como la terapia familiar y la terapia grupal. Los medios utilizados por estas modalidades asistenciales para la concreción de sus objetivos están particularmente diferenciados respecto a los procedimientos seguidos en el uso de medicamentos. Pero estas diferencias pueden ser vistas también como complementarias, antes que opuestas. La bibliografía reúne un significativo incremento de publicaciones en este terreno, cuyos temas más relevantes se refieren a las ventajas y desventajas recíprocas de los distintos tratamientos, el estudio de resultados comparativos en diferentes trastornos y experiencias disfuncionales y las implicaciones para el entrenamiento y desempeño de los distintos profesionales involucrados.

ESQUIZOFRENIA Y TERAPIA FAMILIAR

El trastorno que generó las primeras aplicaciones de la terapia familiar ha sido la esquizofrenia. El temprano interés de los terapeutas familiares por el tema contribuyó a cambiar significativamente el panorama de la psicoterapia y generó importantes estudios sobre tratamientos combinados. La terapia familiar demostró su utilidad en varios momentos del tratamiento seguido por pacientes esquizofrénicos (Glick, Clarkin y Goldsmith, 1993). En la fase aguda, durante el período de hospitalización, permite ayudar a los familiares a elaborar la crisis desatada y prepararlos para la colaboración futura. Durante la fase crítica, la terapia familiar debe atender varios objetivos. Un programa focalizado en la crisis (Goldstein, 1991) sigue una secuencia que abarca 4 objetivos terapéuticos: 1) identificar los estresores más amenazantes para el paciente, 2) desarrollar estrategias para prevenir el estrés, 3) ayudar a las familias a implementar nuevas estrategias y 4) generar compromiso para desarrollar planes que permitan anticipar futuras crisis. Se requiere una fuerte acción psicoeducativa para proveer la información necesaria sobre la potencial evolución del trastorno, así como con el manejo y los efectos posibles de la medicación indicada al paciente. Anderson, Reiss y Hogarty (1988) desarrollaron un complejo modelo que obtuvo exitosos resultados.

Otro tema de gran importancia en relación a tratamientos combinados con esquizofrénicos se refiere al papel de la terapia familiar en el mantenimiento de la medicación en la fase pos-aguda y en la prevención de recaídas. Los familiares deben ser instruidos convenientemente para la posterior administración de los fármacos, especialmente debido a la sensibilidad del nivel de la dosis de medicación requerida. Para cumplir con estos objetivos se puede apelar al uso de grupos multifamiliares y grupos de apoyo social. McFarlane *et al.* (1995) presentan los resultados de un estudio de seguimiento a lo largo de 4 años que informan sobre los beneficios de los grupos psicoeducativos multifamiliares comparados con el formato de familia única. La disminución en las tasas de recaídas es interpretada como el efecto potenciador del formato de terapia grupal empleada y la medicación administrada a los pacientes.

TRATAMIENTOS COMBINADOS CON PACIENTES INTERNADOS

Los tratamientos combinados con pacientes internados se han aplicado respondiendo a la severidad y urgencia de las necesidades planteadas por los pacientes. El plan de acción más habitual en esos casos respondió a un criterio de oportunidad antes que a un diseño orgánico de tratamiento. En general, los tratamientos físicos y biológicos constituyeron el eje principal de la asistencia para los pacientes internados. Otras formas terapéuticas fueron agregadas como recursos complementarios, con la convicción de que el mero factor aditivo debería redundar en beneficio de los pacientes. Esto no ha demostrado ser siempre correcto. Tanto la terapia familiar como la terapia grupal son ejemplos característicos, junto a otras modalidades terapéuticas como la laborterapia y la musicoterapia.

En los últimos 20 años se han venido elaborando programas de terapia grupal específicos para este tipo de poblaciones, estructurados de acuerdo a un esquema preciso y definido de intervención. Un ejemplo pionero en esa dirección es el que presentara Yalom (1983), incluyendo el modelo técnico de la sesión única para pacientes en situaciones agudas. Simoneau *et al.* (1996) destacan la importancia de la interacción no-verbal en la administración de terapia familiar con pacientes esquizofrénicos y bipolares que reciben medicación.

Aportes muy significativos en la materia fueron realizados por el equipo dirigido por Kanas en San Francisco. Ejemplos de sus aportaciones son los estudios sobre beneficios de la terapia grupal en las primeras semanas de internación (Kanas *et al.*, 1980), así como sobre los beneficios de la terapia grupal de corta duración para la rehabilitación de esquizofrénicos (Kanas, 1991). El plan de este tratamiento está diseñado en dos fases, la primera de las cuales, de 9 sesiones, se lleva a cabo durante el período de internación, mientras que la segunda, de 12 sesiones, se realiza cuando los pacientes son externados. El grupo tiene dos objetivos fundamentales: ayudar a los pacientes a enfrentar mejor los síntomas psicóticos y aprender a mejorar las relaciones interpersonales. Teniendo en cuenta este último fin, se indica que el tratamiento farmacológico sea conducido fuera del grupo y por un profesional que no participa al grupo terapéutico. Un aspecto de gran interés de este plan es el objetivo de reunir en un mismo tratamiento los momentos anteriores y posteriores al abandono de la internación.

Sultenfuss *et al.* (1996) examinan el valor de la terapia grupal para pacientes internados con enfermedad mental crónica. Tras señalar la importancia del grupo como recurso para reducir y controlar la ansiedad, describen un programa terapéutico en cinco niveles, tendiente a facilitar la reinserción social de los pacientes. El primer estadio está orientado a facilitar la comunicación de cada uno de los pacientes con el coordinador del grupo, como un paso preliminar para crear un clima de confianza para la tarea. El segundo nivel traslada el intercambio a la comunicación entre los integrantes. Hasta ese momento, la tarea tiene un valor preparatorio de las fases siguientes que constituyen el núcleo terapéutico propiamente dicho. En el tercer nivel, se orienta a

los pacientes a compartir sus sentimientos. Si bien los terapeutas deben ser activos en todos los niveles, su tarea requiere especial dedicación en este punto, debido a la particular dificultad que enfrentan estos pacientes. El cuarto nivel está centrado en facilitar la conversación en torno a las relaciones entre los miembros, mientras que en el último paso se espera que puedan visualizarse conexiones entre patrones de conducta. La expectativa del equipo terapéutico es lograr conexiones básicas, pero en forma similar a las de cualquier grupo terapéutico. El éxito del grupo dependerá de la evolución lograda por cada paciente para establecer relaciones entre los comportamientos presentes y pasados y en identificar el papel que juegan en sus dificultades de adaptación. Dos principios generales gobiernan el trabajo terapéutico: por un lado, la necesidad de emprender una tarea de soporte muy fuerte con miras a preservar la estabilidad de los pacientes, vulnerables y muy expuestos al desequilibrio psíquico. Por otro lado, se necesita apelar a tareas recurrentes, para lograr afirmar los cambios.

TRATAMIENTOS CON PACIENTES AMBULATORIOS

Hasta el momento son pocos los trabajos de investigación que informan sobre resultados precisos respecto del valor de la combinación de terapéuticas farmacológicas y psicológicas. Todavía no contamos con datos firmes que avalen la superioridad de ese tipo de abordaje sobre aplicaciones separadas de psicoterapia o medicamentos. Sin embargo, existen estudios clínicos con informes favorables en ese sentido. Se presentan algunos ejemplos ilustrativos para diferentes trastornos.

1. Con pacientes mentales crónicos

Existe consenso de que la terapia grupal puede aumentar los efectos de la farmacoterapia en estos pacientes en el proceso que sigue al abandono de la hospitalización y la búsqueda de rehabilitación social. De Bosset (1991) presenta un modelo de prevención terciaria para este tipo de pacientes que atribuye el éxito obtenido a tres factores: a) el desarrollo de una alianza terapéutica con un núcleo de pacientes que sirven para irradiar confianza al conjunto, b) la configuración de grupos de pacientes con diagnósticos heterogéneos y c) la estabilidad de un núcleo de profesionales en el staff asistencial.

2. Con pacientes depresivos

Los estudios sobre resultados comparados para diferentes terapéuticas encontraron en el campo de la depresión un terreno muy propicio. Las evidencias disponibles permiten sostener que tanto la psicoterapia como la psicofarmacología obtienen resultados favorables, pero los tratamientos combinados de ambas sólo muestran una ligera mejoría para algunos pacientes (Beitman, 1993). Un estudio de Salvendy y Joffe (1991) informa sobre la administración conjunta de antidepresivos y terapia grupal integrativa (psicodinámica, interpersonal y cognitiva). Según los autores, los roles complementarios de ambas terapéuticas se observan en el modo que la acción de las drogas facilita la receptividad del paciente a las intervenciones psicológicas,

ayuda a que la atención del paciente se incremente y se vuelva cognitivamente más alerta, además de ayudar a superar el pesimismo inherente a su estado depresivo.

3. Con pacientes obsesivo-compulsivos

Una importante revisión cuantitativa (Abramowitz, 1997) sobre los resultados de tratamientos psicológicos y farmacológicos ofrece algunas conclusiones de gran interés. Por un lado, los informes de investigación cuestionan la supuesta superioridad de la técnica de exposición con prevención de la respuesta y muestran que la terapia cognitiva permite lograr resultados equivalentes. Al mismo tiempo, aunque la clomipramina sigue probando ser eficaz en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos, no parece ser muy superior a otras drogas serotoninérgicas como la fluvoxamina, la sertralina o la fluoextina. El mismo estudio también destaca la escasa cantidad de estudios sobre tratamientos combinados. Los únicos dos trabajos localizados informan sobre el efecto potenciador de ambas técnicas. Pero el autor concluye, razonablemente, sobre la necesidad de producir estudios comparativos controlados para poder contar con datos firmes al respecto.

4. Con pacientes agorafóbicos y con trastorno de pánico

Mavisakalian (1991) ha sostenido con énfasis que el uso combinado de antidepresivos y técnicas psicoterapéuticas de exposición puede ser el modelo más beneficioso para los pacientes que sufren este tipo de trastornos. No obstante, existen numerosas presentaciones que avalan el uso separado de cada procedimiento. Trabajando con este tipo de pacientes, Belfer, Muñoz, Schachter y Levendusky (1995) concluyen que las intervenciones cognitivo-conductuales en estos pacientes obtienen más réditos en un dispositivo de grupo. Durante la exposición, los miembros del grupo se benefician por compartir el momento de ingresar en las situaciones temidas. Lo que para un integrante puede constituir una situación temida, puede no serlo para otro. Esto facilita la obtención de apoyo y permite modelar las conductas sobre las habilidades de los demás. Su programa de tratamiento se basa en 4 componentes : terapia cognitiva, relajación, exposición en vivo y psicoeducación.

5. Con pacientes con trastornos alimentarios

El enorme crecimiento de la incidencia de estos trastornos en los últimos años ha generado un enorme despliegue de técnicas terapéuticas. Comparando psicoterapia y medicación, algunos informes resaltan la superioridad de la primera con el uso de procedimientos grupales (Moreno, 1994). No obstante, existen recomendaciones sobre el valor de los tratamientos combinados y el incremento de la eficacia terapéutica, especialmente en los pacientes más severos (Glick, Clarkin y Goldstein, 1993).

6. Otros trastornos

Otras aplicaciones de tratamientos psicológicos y farmacológicos combinados han sido realizados en pacientes adictos (Matano y Yalom, 1991) y pacientes borderline (Glick, Clarkin y Goldsmith, 1993).

EL ROL PROFESIONAL Y LOS TRATAMIENTOS COMBINADOS

La primera cuestión en este campo estuvo representada por la disponibilidad evidenciada por diferentes terapeutas para aceptar o rechazar el uso de los tratamientos combinados. Una antigua tradición nacida en el psicoanálisis condujo a muchos psicoterapeutas a oponerse al uso de psicofármacos para los pacientes en psicoterapia. Esta situación parece haber operado un gran cambio. Según una encuesta a profesionales de la American Group Psychotherapy Association publicada recientemente (Stone, Rodenhauer y Markert, 1991), dos tercios de los terapeutas que respondieron, manifiestan que incluyen en sus grupos terapéuticos abiertos a pacientes que reciben medicación. Aunque los resultados muestran una mayoría de psiquiatras, también otros profesionales como los psicólogos y los asistentes sociales confirman la tendencia general. Entre los trastornos asistidos en esos grupos se mencionan las reacciones de ansiedad, las depresiones y algunos trastornos de personalidad. En grado mucho menor, los esquizofrénicos y los pacientes maníacos.

Otra importante cuestión al discutir sobre la aplicación de tratamientos combinados de psicoterapia y medicamentos ha sido la conveniencia y/o necesidad de que los mismos fueran conducidos por uno o dos terapeutas. Se han señalado tanto ventajas como desventajas (Gitlin, 1990). Se observa la tendencia de los psiquiatras a favorecer los tratamientos con un único terapeuta, mientras que otros profesionales favorecen el empleo de los tratamientos divididos.

Hasta el momento, no contamos con conclusiones firmes al respecto. La investigación no arroja datos y la práctica clínica parece estar demasiado sujeta a las condiciones institucionales que rodean la asistencia terapéutica. Existen opiniones que sostienen la ventaja de cada una de las alternativas, pero resulta evidente que la actuación de más de un terapeuta implica una serie de cuestiones. Woodward, Duckworth y Gutheil (1991) plantean varias recomendaciones, todas tendientes a formalizar un contrato tripartito entre paciente, farmacoterapeuta y psicoterapeuta. Este fenómeno se puede ver facilitado cuando los distintos profesionales trabajan en equipo, dentro del mismo ámbito institucional.

NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

A lo largo de más de 20 años hemos asistido, en nuestro centro clínico, a un gran número de personas que presentaron un amplio espectro de perturbaciones mentales. Nuestra experiencia puede resumirse del modo siguiente:

- 1) ¿Cuándo conviene indicar un tratamiento combinado?
 - a) Aunque resultan bastante precisos los objetivos terapéuticos que pueden perseguirse con la psicoterapia y la psicofarmacoterapia, todavía hoy no existen criterios definidos para establecer cuándo es conveniente emplear simultáneamente ambos procedimientos.
 - b) El conocimiento de los efectos que pueden producir ambas terapéuticas no asegura conocer el efecto combinado que tienen en cada situación clínica.

- 2) ¿Cuán ventajoso resulta el empleo de ambos procedimientos?
 - a) El criterio de aditividad no tiene sustento definido: nada permite verificar que el uso de ambos procedimientos conduzca a una sumatoria de sus beneficios respectivos.
 - b) Es necesario evitar las generalizaciones y desarrollar investigaciones que permitan conocer los efectos combinados de técnicas específicas de psicoterapia con determinados medicamentos.
- 3) ¿En qué situaciones la experiencia clínica aporta datos sobre eficacia en este terreno?
 - a) Existe una razonable convicción de que los tratamientos combinados están más justificados en los trastornos más severos (esquizofrenia, trastornos bipolares).
 - b) La psicoterapia resulta de gran utilidad para que el paciente pueda enfrentar la discontinuidad de los medicamentos, luego de la etapa aguda o crítica.
 - c) La farmacoterapia resulta de gran utilidad para que el paciente pueda llevar adelante las exigencias de la psicoterapia cuando se encuentra seriamente afectado por síntomas que bloquean su actividad significativa.
 - d) Una pauta razonable para seleccionar uno de los procedimientos es promover un cambio terapéutico frente a cualquier forma de tratamiento que se haya convertido en una práctica rutinaria o adictiva.
- 4) ¿Qué criterios podemos considerar para el diseño de un tratamiento?
 - a) Cuando existen dudas para la indicación, la opción entre ambos procedimientos debe tener en cuenta el grado de credibilidad que el paciente le otorga a cada uno.
 - b) Los factores contextuales y la red social de que dispone el paciente deben ser evaluadas finamente para decidir el tratamiento
- 5) ¿Qué implicaciones prácticas pueden derivarse para el equipo de profesionales?
 - a) La acción conjunta de más de un profesional requiere una tarea de coordinación, sin la cual, tanto el paciente como los terapeutas pueden incrementar su ansiedad negativamente.
 - b) Los terapeutas deben establecer acuerdos entre sí y con el paciente respecto de los objetivos del tratamiento y qué se espera de cada procedimiento

En este artículo se considera la conveniencia de combinar la terapia farmacológica con los tratamientos terapéuticos de grupo o de familia en relación a las características diferenciales de distintos trastornos psicológicos tales como: la esquizofrenia, la depresión, las obsesiones compulsivas, la agorafobia y los trastornos alimentarios tanto en condiciones ambulatorias como de hospitalización.

Palabras clave: terapia de grupo, terapia de familia, tratamientos farmacológicos, trastornos psicológicos.

Referencias bibliográficas

- ABRAMOWITZ, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 65, 44-52.
- ANDERSON, C., REISS, D., & HOGARTY, G. (1988). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BEITMAN, B. D., & KLERMAN, G. L. (1991). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- BEITMAN, B. D. (1993). Pharmacotherapy and the stages of psychotherapeutic change. En J. M. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 521-540. Washington: Psychiatric Press.
- BEUTLER, L. E., BARCHAS, J. D., & MARZUK, P. M. (1996). The contribution of psychotherapy and pharmacotherapy research to National Mental Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 670-672.
- DEBOSSET, F. (1991). Group psychotherapy in chronic psychiatric outpatients: a Toronto model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 65-78
- GITLIN, M. D. (1990). *The psychotherapist's guide to psychopharmacology*. New York: The Free Press.
- GLICK, I. D., CLARKIN, J. F., & GOLDSMITH, S. J. (1993). Combining medications with family psychotherapy. En J. M. Oldham, M. B. Riba, & A. Tasman (Eds), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (pp. 585-610). Washington: American Psychiatric Press.
- GOLDSTEIN, M. J. (1991). Schizophrenia and family therapy. In B. D. Beitman & G. L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 291-310). Washington: American Psychiatric Press.
- KANAS, N. *et al.* (1980). The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 168, 487-492.
- KANAS, N. (1991). Group therapy with schizophrenic patients: a short-term, homogeneous approach. *International Journal of Group psychotherapy*. 41, 33-48.
- KLERMAN, G.L. (1991). Ideological conflicts in integrating pharmacotherapy and psychotherapy. En B. D. Beitman & G. L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 3-20). Washington: American Psychiatric Press.
- KLERMAN, G. L. *et al.* (1994). Medication and psychotherapy. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a.ed, pp. 734-782). New York: Wiley.
- MATANO, R. A., & YALOM, I. D. (1991). Approaches to chemical dependency : chemical dependency and interactive group therapy: A synthesis. *International Journal of Psychotherapy*. 41, 269-294.
- MCFARLANE, W. R. *et al.* (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, 127-144.
- MORENO, J. K. (1994). Group treatment for eating disorders. En A. Fuhrman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy*. New York: Wiley.
- SALVENDY, J. T., & JOFFE, R. (1991). Antidepressants in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 465-480.
- SIMONEAU, T. L. (1996). Nonverbal interactional behavior in the families of persons with schizophrenic and bipolar disorders. *Family Process*, 35, 83-102.
- STONE, W.N., RODENHAUSER, P., & MARKERT, R.J. (1991). Combining group psychotherapy and pharmacotherapy : a survey. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 449-464.
- SULTENFUSS, J., & GECZY, B. (1996). Group therapy on state hospital chronic wards. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 163-176.
- WOODWARD, B., DUCKWORTH, K.S., & GUTHEIL, T.G. (1993). The pharmacotherapist-psychotherapist collaboration. En J.M. Oldham, M.B. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 631-650. Washington: American Psychiatric Press.
- YALOM, I.D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books.

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 psicofarmacoterapia 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 como 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 antidepressivo 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 psicótropa, 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 productivo, 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 repercute 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.

COMENTARIO DE LIBROS

CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA

Neimeyer, R.A., y Mahoney, M.J. (1998).

Barcelona: Paidós

Teniendo en cuenta la demanda creciente de literatura sobre psicoterapia constructivista en español, cabe recibir con entusiasmo la traducción a nuestro idioma de esta obra publicada originalmente en lengua inglesa por la American Psychological Association (1995). El carácter fundacional del libro en general y de su *primera parte* en particular, permite contextualizar la evolución de las psicoterapias constructivistas hasta la fecha y vislumbrar dónde situará el futuro a los psicoterapeutas constructivistas, y quienes podrían llegar a ser nuestros compañeros de viaje.

Al inicio del libro Robert Neimeyer propone una definición de psicoterapia que nos agradó por su elegante simplicidad: “un rico y sutil intercambio y negociación de significados (inter)personales” (p.18). El hecho de no hacer referencia a cuestiones de efectividad, manualización, y/o resultados de investigación controlados, no significa que el constructivismo sea anticientífico, sino que se alinea con una concepción del conocimiento post-racionalista y posmoderna. El capítulo inicial de Robert Neimeyer ilustra claramente este punto, y aporta una completa revisión de las principales contribuciones constructivistas a la investigación en psicoterapia.

Mientras el capítulo de Robert Neimeyer en esta primera parte se focaliza en los fundamentos conceptuales del constructivismo en psicoterapia, el capítulo de Michael Mahoney, se centra en sus fundamentos históricos. Visto en este contexto, el constructivismo no aparece como un resultado final, producto de una única mente, sino como el reflejo de un *zeitgeist* global y emergente en el extenso dominio de la psicología. De este modo, resulta complicado establecer una distinción clara entre las diferentes formas de constructivismo en psicología, y esto es lo que pretende William Lyddon en su capítulo a partir de la combinación de la taxonomía de visiones del mundo propuesta por Pepper (1942) y las causas aristotélicas. Además, tanto Lyddon como Mahoney identifican algunas fuentes de lo que Robert Neimeyer denomina «tensiones internas en el movimiento constructivista» (p. 50), y consideran dichas tensiones como una forma de crecimiento y diferenciación, un

signo de apertura al diálogo y de madurez del constructivismo.

En la *segunda parte* se presenta la psicoterapia como un espacio para el cambio personal profundo, a la vez que se establece una aproximación a los objetivos de la psicoterapia constructivista y del proceso psicoterapéutico. El capítulo de Greg Neimeyer describe el proceso de la psicoterapia constructivista desde el punto de vista de la *exploración*, elaborando algunas de las implicaciones clínicas de dicha metáfora, y distinguiendo el proceso psicoterapéutico constructivista del cognitivo-racionalista. Por su parte, Vittorio Guidano —igual que el resto de los autores de los capítulos de este libro— considera la exploración como el principal objetivo de la psicoterapia constructivista. Guidano propone una aproximación a dicha psicoterapia centrada en la dinámica de desarrollo del sí mismo y dirigida a fomentar la auto-observación o «capacidad para diferenciar entre la experiencia inmediata y su explicación más reflexiva» (p. 135). En este sentido, Guidano demuestra que el psicoanálisis no es la única aproximación terapéutica interesada en el origen evolutivo de los trastornos presentes. Tal objetivo puede ser elegantemente integrado en la terapia constructivista, desde un punto de vista hermenéutico, más centrado en el cliente, sin focalizar en conceptos teóricos predefinidos ni en etapas evolutivas, sino atendiendo al análisis (orientado al proceso) de patrones de vinculación y de la dinámica de desarrollo del sí mismo. En la misma línea, Leslie Greenberg y Juan Pascual-Leone proponen que, para promover un cambio duradero, el foco de la terapia constructivista debería consistir en un proceso dialéctico continuo «entre dos flujos de conciencia: explicación y experiencia directa» (p. 149). Además, ambos autores introducen una novedad al contemplar —según la teoría de los operadores constructivos desarrollada por Pascual-Leone— la dialéctica entre las estructuras informacionales y los recursos innatos de procesamiento de dicha información en la construcción de la experiencia.

La *tercera parte* se dedica a aquello que consideramos uno de los desarrollos recientes más prometedores en las psicoterapias constructivistas: el giro narrativo. El hecho de considerar la vida como un proceso en el que se construye una narrativa del sí mismo personalmente relevante equivale a considerar las dificultades psicológicas como bloqueos evolutivos en dicho proceso en lugar de considerarlas como trastornos o enfermedades mentales. Así, la psicoterapia es vista como un espacio para la co-edición de historias de vida que ofrezcan más alternativas de acción, más viables y progresivas, y el psicoterapeuta aparece como un co-investigador de los significados de la vida. En esta tercera parte, Oscar Gonçalves elabora una revisión de la historia reciente de la psicología en general y de la psicoterapia en particular, llegando a la conclusión que el sí mismo se ha convertido en un concepto proactivo en las teorías psicológicas, pasando de ser un simple objeto en las teorías conductuales a un proyecto narrativo en las constructivistas. Por su parte, Robert Neimeyer ejemplifica cómo con el uso de técnicas narrativas en psicoterapia constructivista se puede promover un incremento de conciencia

sobre los límites de uno mismo, la trascendencia gradual de dichos límites, y la articulación de las dimensiones emocionales del problema del cliente.

En la *cuarta parte* se hacen explícitas las comunalidades existentes entre las psicoterapias constructivistas tradicionalmente intrapsíquicas y las terapias sistémicas interpersonales. Desde el constructivismo radical, el capítulo de Jay Efran y Robert Fauber, escrito en forma de diálogo, responde a las cuestiones más frecuentes sobre el constructivismo en psicoterapia, evitando la trampa solipsista del constructivismo radical y haciendo especial énfasis en desalentar la actitud del «todo vale» en terapia constructivista. Por su parte, Guillem Feixas establece un puente entre la Psicología de los Constructos Personales y la terapia sistémica. De acuerdo con Feixas, las dos perspectivas parten de asunciones epistemológicas constructivistas, y por este motivo la integración entre ambas perspectivas es viable a niveles subordinados. Aquello que destacamos de la aportación de Feixas es el hecho que ambas orientaciones parecen enriquecerse con esta fertilización mutua. La perspectiva sistémica gana en sensibilidad hacia el significado y el proceso de construcción del mismo, mientras que la Psicología de los Constructos Personales incrementa su sensibilidad hacia el *locus* social e interpersonal del proceso de validación/invalidación. En el capítulo que cierra esta cuarta parte, David Epston y Michael White cuestionan la visión tradicional de la terminación de la psicoterapia como pérdida a elaborar y proponen la metáfora alternativa de la psicoterapia como rito de paso, para presentar después algunas estrategias prácticas que faciliten la inclusión de esta metáfora en la práctica clínica. Así, la terminación se entiende dentro del contexto más amplio de reincorporación al orden cultural y social.

La *quinta parte* cierra el libro con algunas reflexiones sobre la psicoterapia constructivista y la persona del terapeuta constructivista. En el primer capítulo de esta última parte, Larry Leitner explora un concepto sumamente importante en la relación terapéutica—la distancia terapéutica óptima. La fuerza de este capítulo reside en el tono vivencial del escrito, que evita proporcionar un recetario sobre el mantenimiento de la distancia terapéutica óptima. En el capítulo de Stephanie Harter se elaboran, mediante el uso de elementos mitológicos y metafóricos, las dificultades del trabajo con clientes diagnosticados de trastorno de personalidad *borderline*. Asimismo, Harter destaca la importancia de validar al cliente *borderline* como constructor activo de significados y de acompañarle en la exploración de sus cuestionamientos vivenciales. Finalmente, Michael Mahoney concluye el libro con uno de los capítulos que consideramos más relevantes de la totalidad de la obra. Trata los retos existenciales del terapeuta constructivista, así como algunos aspectos éticos de la práctica constructivista, mediante un elegante equilibrio entre la sofisticación epistemológica y la sensibilidad poética, que es en sí mismo una metáfora de las virtudes más apreciadas del constructivismo en psicoterapia.

En conclusión, este libro se puede considerar como una piedra angular del pensamiento constructivista aplicado a la psicoterapia, y como una fuente de

alternativas para un trabajo psicoterapéutico integrador, creativo y respetuoso con los procesos psicológicos tanto del cliente como del terapeuta.

Luis Botella y Meritxell Pacheco
Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna
Universitat Ramon Llull, Barcelona

Referencias bibliográficas

- Neimeyer, R.A., & Mahoney, M.J. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Pepper, S. (1942). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.

INDICE GENERAL AÑO 1998

Nº 33 ANALISIS TRANSACCIONAL

DEL MENTALISMO AL CONSTRUCTIVISMO: EL PEREGRINAJE DE UNA TEORÍA

José Luis Martorell

EL ANALISIS TRANSACCIONAL COMO TEORIA PSICOSOCIAL

Lluís Casado Esquiús

EL ANALISIS TRANSACCIONAL EN LA ERA DE LA INFORMACION

Claude M. Steiner, Ph.D.

PROCEDIMIENTOS CON FANTASÍA PARA EL CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO CREATIVO EN ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Ramón Rosal y Ana Gimeno-Bayón

ANALISIS TRANSACCIONAL PSICODINAMICO:

EL SISTEMA TERAPEUTA-PACIENTE, ALIANZA, PSEUDOALIANZA Y ANTICONTRATO

Achille Miglionico

CONVERSACION CON VITTORIO GUIDANO

J. Minerva Medina Díaz

Nº 34/35 EL DISCURSO ONÍRICO

CÓMO LA METÁFORA ESTRUCTURA LOS SUEÑOS

George Lakoff

EL DISCURSO ONIRICO: APLICACION DE LAS TECNICAS DE ANALISIS TEXTUAL A LOS SUEÑOS EN PSICOTERAPIA

Manuel Villegas Besora y Monica Ricci

LA ARQUITECTURA NARRATIVA DE LA PERSONALIDAD A TRAVÉS DEL SUEÑO:

LAS AUTONARRACIONES NUCLEARES RECURSIVAS

G. Giancarlo Dimaggio, A. Vincenzo Serio, Giuseppe Ruggeri

TERAPIA COGNITIVA, CONSTRUCTIVISMO Y SUEÑOS: UNA REVISIÓN CRÍTICA

Rachel I. Rosner

EL TRABAJO TERAPÉUTICO CON SUEÑOS:

UNA APROXIMACIÓN ADLERIANA-CONSTRUCTIVISTA

Ursula E. Oberst

EL CASO ALICIA.

EL ENSUEÑO DESPIERTO DIRIGIDO DESDE UNA PERSPECTIVA CENTRADA EN LA PERSONA

Manuel F. Artilés

Nº 36 TRATAMIENTOS COMBINADOS

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Mariano Hernández Monsalve

COMBINACION DE PSICO Y FARMACOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Alberto Fernández Liria

TRATAMIENTO INTEGRADO DE PSICOFARMACOTERAPIA Y TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN TRASTORNO DE PANICO CON AGORAFOBIA

Daniel Bogiaizian

TERAPIA GRUPAL, TERAPIA FAMILIAR Y PSICOFARMACOLOGIA

Sergio Pagés y Héctor Fernández-Alvarez

MESA REDONDA CIBERNETICA:

ANALISIS DE LA INFLUENCIA DE LA COMBINACION DE PSICOFARMACOS Y PSICOTERAPIA, SEGUN LAS DIFERENTES ORIENTACIONES DE PSICOTERAPIA

Carlos Mirapeix, Isabel Caro, Enrique Echeburúa, Miguel A. González Torres, Elena Ibáñez, Beatriz Rodríguez Vega, Manuel Villegas

COMENTARIO DE LIBROS

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: (93) 408 0464
Fax: (93) 352 4337**