

Psicofármacos y psicoterapia en la unidad psicobiológica: apuntes para una reflexión colectiva

Josep Toro*

RESUMEN

Se analiza la interacción existente entre fisiología, emociones, cogniciones, comportamiento y ambiente físico-químico y social. La afectación de cualquiera de estos factores altera o modifica todos los demás. La multicausalidad de los trastornos mentales se basa en esta interacción. Fármacos y psicoterapia son dos formas de incidir en ese sistema de relaciones con finalidades terapéuticas. Sus efectos, incluso los fisiológicos, pueden ser los mismos, complementándose con frecuencia. Psicoterapeutas y farmacólogos deben dominar los conocimientos de los otros. Unos y otros deben poner a prueba con idéntico rigor la eficacia de sus intervenciones. Todo ello supone a los profesionales un esfuerzo formativo mucho más intenso, riguroso y actualizado que en otras épocas. Los derechos del paciente obligan a ello y las reglas más simples de la ética profesional también. PALABRAS CLAVE: psicoterapia, psicofármacos, formación, deontología.

ABSTRACT

The interaction between physiology, emotions, cognitions, behaviour and physical-chemical and social environment is analysed. Changes in any of these factors alter or modify all the rest. The multicausality of mental disorders is based on this interaction. Pharmacology and psychotherapy are two forms of influencing this system of relations with therapeutic purposes. Their effects, even the physiological, can be the same, and often complement themselves. Psychotherapists and psychopharmacologists should have a good knowledge of each other's disciplines. Each should test with identical rigour the efficacy of their interventions. All of this entails a much more intense, rigorous, and up-to-date formative effort for professionals than in the past. The patient's rights and the most simple rules of professional ethics make this compulsory. KEY WORDS: psychotherapy, psychopharmacology, training, deontology.

RESUM

S'analitza l'interacció entre fisiologia, emocions, cognicions, comportament i ambient físicquímich i social. L'afectació de qualsevol d'aquests factors altera o modifica tots els altres. La multicasualitat dels trastorns mentals es basa en aquesta interacció. Fàrmacs i psicoteràpia són dues maneres d'incidir en aquest sistema de relacions amb finalitats terapèutiques. Els seus efectes, fins i tot els fisiològics, poden ser els mateixos, complementant-se amb freqüència. Psicoterapeutes i farmacòlegs han de dominar els coneixements dels altres. Uns i altres han de posar a prova amb idèntic rigor l'eficàcia de les seves intervencions. Tot això suposa als professionals un esforç formatiu molt més intens, rigorós i actualitzat que en altres èpoques. Els drets del pacient hi obliguen, i les regles més simples de l'ètica professional, també. PARAULES CLAU: psicoteràpia, psicofàrmacs, formació, deontologia.

“Vemos esbozarse, realizarse, un acercamiento natural e inevitable, una fusión de lo psicológico con lo fisiológico, de lo subjetivo con lo objetivo. El problema que desde hace tantos años acompaña al pensamiento humano encontrará una solución ‘concreta’. La misión sublime de la ciencia en un futuro muy próximo consiste en contribuir al máximo a esa fusión”.

Iván P. Pavlov

**Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Barcelona. Consultor Senior del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil Hospital Clínic. Barcelona.
Correspondencia: JTORO@clinic.ub.es*

La historia contemporánea del tratamiento de pacientes psiquiátricos ha estado dominada y aracterizada durante demasiado tiempo, y aun lo está, por una especie de absurda rivalidad entre psicoterapeutas y fármacoterapeutas en aras de conseguir el puesto principal, cuando no exclusivo, en la carrera por la eficacia terapéutica. Esto ha sucedido en la llamada psiquiatría general, léase de adultos, y ha sucedido y está sucediendo en la psiquiatría infantil.

Esta competición, frecuentemente polémica, agresiva y mutuamente descalificante, suele ser la consecuencia de un notable enjambre de factores: prejuicios de escuela, pensamiento dogmático, recelos ante lo desconocido o no bien conocido, temor al derrumbamiento del propio sistema de creencias, defensa más o menos consciente de intereses personales de índole profesional o corporativa y, sobre todo, grandes dosis de desinformación. En efecto, la necesaria actualización permanente de los conocimientos profesionales en la práctica cotidiana no pasa, con frecuencia, de rumiar colectivamente en régimen de endogrupo acerca de los presupuestos de siempre.

A estas alturas del siglo XXI esta competición confusa, esta confusión competitiva, entre psicoterapeutas y fármacoterapeutas, tendría muy escasa relevancia sino fuera porque de ella no pueden derivarse excesivos beneficios para los pacientes. Pero son los pacientes, en la solución o mitigación de sus trastornos, lo que debiera facilitar las reflexiones y autocríticas convergentes de unos y otros. Estas líneas sólo pretenden colaborar muy modestamente a tales reflexiones y autocríticas.

La unidad psicobiológica

Sin la aceptación de que el ser humano vivo constituye una unidad psicobiológica indivisible, nada puede avanzarse en las concepciones etiopatogénicas ni en las intervenciones terapéuticas propias de la psiquiatría. Las dicotomías alma/cuerpo, psique/soma, psicológico/biológico carecen de todo sentido, de toda verdad, cuando hacemos referencia al comportamiento, las emociones o las cogniciones del ser humano.

No hay psicología al margen de la biología. Nuestro organismo vivo (*bios*) mantiene su homeostasis y se desarrolla evolutivamente merced a la interacción de tres tipos básicos de información biológica:

1. La *bioeléctrica*, transmitida a través de las neuronas y habiéndose traducido a ella todas las otras informaciones biológicas.
2. La *molecular*, transmitida a través de la sangre y determinada por los ácidos nucleicos (código genético), proteínas (enzimas, anticuerpos, péptidos y sustancias mensajeras) y hormonas, y
3. La *simbólica*, dependiente de procesos noéticos y abstractos, influida por las emociones, constituida en cogniciones que resultan del procesamiento cerebral de los estímulos [véase Valdés (2000) para una buena descripción].

La teoría general de sistemas (von Bertalanffy, 1968) permite entender la estrecha relación que existe entre estos tres tipos o niveles por los que discurre la información. Lo que suceda en cada uno de ellos va a influir, con toda seguridad, en el funcionamiento de los otros. Debe darse por establecido que el organismo humano no vive en el vacío: nace y se desarrolla en un medio complejísimo en el que se enfrenta a una inmensa variedad de estímulos e influencias de todo orden incluyendo, para situarlas en primer lugar, las ejercidas por otros seres humanos, especialmente los que más cercanamente le acompañan. Estos, organismos de complejidad similar, van a ser los principales responsables de la actividad simbólica del sujeto. Gracias a su interacción mutua se desarrollarán los afectos, las cogniciones y las conductas que hacen del organismo humano vivo una persona. Sus desequilibrios y disfunciones darán lugar a trastornos.

La traducción, en términos psicológicos, de estas interacciones entre sistemas queda reflejada en la Figura 1. Cada relación interactiva entre los factores o funciones que en ella aparecen está bien documentada. Tales interconexiones funcionales implican que la modificación de cualquier elemento, directa o indirectamente, también modificará el resto. Precisamente esta multiplicidad de factores e interacciones constituye la principal base explicativa de la *multicausalidad* en psicopatología.

En consecuencia, para no alejarnos de las intervenciones terapéuticas, la administración de un psicotropo (ambiente físico-químico) eficaz debe producir cambios neurobioquímicos, fisiológicos, susceptibles de reducir o corregir anomalías, alteraciones, síntomas, etc. en las *emociones*, las *cogniciones* y/o la *conducta* del sujeto. Si la intervención terapéutica es psicológica o psicosocial producirá cambios cognitivos que, a su vez, han de verse reflejados en las emociones, la conducta y la *fisiología* del sujeto.

Además, si mediante un fármaco o una psicoterapia el comportamiento del paciente mejora o se normaliza, sin ninguna duda va a experimentar que la conducta de quienes le rodean va a resultarle más adaptativa que en la fase anterior. En efecto, todo trastorno psicopatológico genera consecuencias sociales y psicosociales que tienden a mantenerlo o agravarlo. Y, cuando mejora, a potenciar los progresos. En definitiva, *teóricamente*, farmacoterapia y psicoterapia pudieran conseguir por vías inicialmente distintas los mismos objetivos terapéuticos. ¿Pero está verificada esta hipótesis? Lo empieza a estar, por lo menos en algunos trastornos. Veámoslo.

Psicoterapia, psicofármacos y neurofisiología

El *trastorno obsesivo compulsivo* (TOC) es uno de los trastornos psiquiátricos cuya diatesis genética y cuyas disfunciones neurofisiológicas están más claramente documentadas, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Las nuevas técnicas de neuroimagen han permitido asociar la patología obsesiva a alteraciones metabólicas (hipermetabolismo) en la corteza orbitofrontal, corteza cingulada anterior y ganglios basales y del tálamo (Saxena et al., 1998). La consideración de trastorno neuropsiquiátrico está justificada. La causalidad psicológica primaria del TOC nunca ha estado verificada, aunque parece evidente que las influencias ambientales pueden influir en el contenido de ciertas obsesiones y en el mantenimiento del trastorno (Toro, 2001)

En 1992, Baxter et al. determinaron, mediante tomografía por emisión de positrones (PET), las tasas metabólicas cerebrales de un grupo de pacientes con TOC antes y después de ser tratados, sea con fluoxetina, sea con terapia de conducta. Hallaron que *ambos* tratamientos reducían significativamente el metabolismo del núcleo caudado derecho. Estos cambios eran significativamente mayores en los pacientes que respondían a esos tratamientos que en quienes no lo hacían, y éstos no se diferenciaban de los controles sanos. Schwartz et al. (1996), en un estudio semejante, confirmó la normalización del metabolismo del núcleo caudado, el tálamo y la corteza cerebral tras un tratamiento eficaz *no sólo con antidepresivos, sino también con terapia cognitiva conductual*.

Siguiendo esta línea de profundización en los efectos terapéuticos, en 2001 se publica una importante investigación realizada por Brody et al. con 24 depresivos (*depresión mayor*) y 16 controles normales. Mediante PET valoraron el estado metabólico cerebral regional de los pacientes antes y después de ser tratados con paroxetina o con terapia interpersonal. Antes del tratamiento, los depresivos, comparados con los controles, presentaban hipermetabolismo prefrontal e hipometabolismo temporal. Con ambos procedimientos terapéuticos se produjeron mejoras significativas, aunque las conseguidas mediante el fármaco fueron superiores. Pero *tanto con paroxetina como con psicoterapia interpersonal, el metabolismo de las áreas cerebrales afectadas evolucionó hacia la normalización*.

Obsérvese lo que ocurre con el *ejercicio físico* en el tratamiento de la depresión. Una revisión de 12 estudios dedicados a verificar su posible eficacia terapéutica en su día dejó bien sentado, que la actividad física mejora tanto los cuadros depresivos como los distímicos o las puntuaciones en cuestionarios para evaluar la sintomatología depresiva (Martinsen, 1994). Es más, la revisión concluía señalando que los resultados terapéuticos alcanzados son similares a los conseguidos mediante otros procedimientos terapéuticos, incluyendo distintas modalidades psicoterapéuticas o una medicación antidepresiva.

Estos hallazgos ponen de manifiesto el carácter de encrucijada de nuestro cerebro. En el interactúan e interseccionan todos los agentes relevantes para nuestro equilibrio o desequilibrio mental. Igualmente ponen de manifiesto la muy escasa, cuando no nula importancia que nuestras frecuentemente sesgadas concepciones etiológicas –habitualmente unidimensionales– tienen, o debieran tener, al determinar la elección de una intervención terapéutica, por lo menos en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Son muchos y muy distintos los medios por los que se pueden alcanzar resultados terapéuticos en una gran variedad de trastornos. Si no fuera así no existiría fenómenos como el *efecto placebo*, tan importante, tan potencialmente eficaz, que ha quedado irreversiblemente incorporado a cualquier estudio de la eficacia de todo procedimiento terapéutico.

¿Qué es lo que realmente modifica un placebo cuando consigue mejoras clínicas? Mayberg et al. (2002) han llevado a cabo un notable intento de responder a esta pregunta. Quince pacientes depresivos hospitalizados fueron sometidos a un estudio doble ciego de fluoxetina o placebo durante 6 semanas. Valoraron mediante PET los posibles cambios en el metabolismo cerebral de la glucosa. Tras las 6 semanas, habían mejorado significativamente 8 pacientes: 4 tratados con fluoxetina y 4 con placebo. Quienes respondieron al placebo experimentaron incrementos metabólicos en el cortex prefrontal, cíngulo anterior, premotor, parietal, ínsula posterior y cíngulo posterior, y reducciones metabólicas en el parahipocampo y el tálamo. Estas modificaciones zonales son *las mismas que experimentaron los pacientes que mejoraron con fluoxetina*, y no se produjeron en quienes no mejoraron con cualquiera de los dos procedimientos. Sin embargo, los que mejoraron con fluoxetina experimentaron algunos cambios exclusivos, concretamente, en el tronco cerebral, hipocampo y tálamo. Los autores señalan que los cambios comunes serían la condición necesaria para la mejora del trastorno depresivo, y sugieren que los específicos del fármaco pudieran influir en el mantenimiento a largo plazo de los resultados y en la prevención de recaídas. En cualquier caso, el placebo puede resolver bastantes casos de algunas patologías como muy bien ponen de manifiesto los estudios controlados sobre la eficacia de tricíclicos e ISRS en la depresión de niños y adolescentes, observándose en ellos que la respuesta terapéutica al placebo se produce sistemáticamente en alrededor del 30-40% de los casos (Toro, 1998).

Causalidad y elección terapéutica

Con frecuencia, la tantas veces pregonada multicausalidad de los trastornos suele quedarse en eso, en pregón. En la *práctica* todavía son muchos los profesionales que, aun aceptando la teoría multicausal, a la que han ido llegando lenta y progresivamente, siguen actuando terapéuticamente según sus simplismos originarios, es decir, sin tener en cuenta que el trastorno (y la persona) que tienen ante sí es la consecuencia de múltiples factores actuando ya interactivamente desde bastante antes de su nacimiento hasta el día de hoy. La forma simplista de entender la etiopatogenia de un trastorno no tendría mayor importancia si no determinara en muchos casos la elección del procedimiento terapéutico de intervención. Si *la* causa del trastorno es la relación de objeto, a ella dedicará sus energías quien así lo crea, por tener una formación psicodinámica; y si la tiene conductual, creará que se trata de una mala historia de aprendizaje de hábitos, por lo que decidirá una reestructuración conductual; y procederá a una terapia de familia el “sistémico”, que tiende a opinar que la causa del trastorno es la

disfunción familiar; y si lo suyo es la neurobioquímica de la serotonina, la disfunción del sistema serotoninérgico explicará todo y, en consecuencia, prescribirá un ISRS. Y todos ellos pueden seguir diciendo que el trastorno en cuestión es multicausado.

Estas actitudes y prácticas tan frecuentes entrañan dos tipos de errores. El denunciado supone olvidar la multicausalidad y tomar decisiones en función de lo que yo creo que es la *causa principal*, cuando no la única, del trastorno. Implica la inmodesta imprudencia de actuar suponiendo que *mi factor causal* es de potencia superior a todos los otros que intervienen en la génesis del trastorno. Supone olvidar la radical importancia, actualmente bien documentada, de los factores genéticos de vulnerabilidad, específicos para casi todas las patologías, algunos asociados al sexo, otros al desarrollo puberal, otros a determinadas dimensiones o rasgos temperamentales, a su vez de riesgo, etc. O los factores de predisposición inherentes a las características de la personalidad que marcan las principales diferencias psicológicas entre individuos; o el demostrado reparto de papeles en los que intervienen, genética, experiencias compartidas y experiencias no compartidas; o las muy distintas formas de influir la familia: transmisión genética del trastorno, madres fumadoras o consumidoras de alcohol durante el embarazo, diversos tipos de adversidad psicosocial familiar, negligencias y maltratos, modelos de conductas y actitudes de riesgo, transmisión de los riesgos de clase social y etnia, impregnación de valores socioculturales, etc. O los riesgos de formar parte de un grupo de coetáneos, especialmente en la adolescencia, altamente influyente para la adquisición de actitudes y conductas de riesgo; o la posible influencia de actividades de muy alto riesgo para ciertos trastornos, por ejemplo, algunos deportes de competición, la danza, etc. O la determinante influencia de los medios de comunicación social, de los cambios sociales, en el relevo de agentes sociales influyentes sobre los menores, de los niveles socioeconómicos bajos, etc. O el papel que en los trastornos psiquiátricos desempeña el haber padecido o estar padeciendo otro trastorno previo; o los múltiples factores de mantenimiento y agravación de cualquier patología psiquiátrica capaces de conseguir que muchas de ellas dependan, en el momento presente, mucho más de tales factores que de sus causas primeras; o la influencia de ciertas enfermedades infecciosas en la precipitación de algunos trastornos, por ejemplo, los PANDAS.

Con lo dicho hasta aquí no se está insinuando que todo profesional de orientación psicodinámica, conductual, sistémica, farmacológica o del tipo que fuere no tenga presente todos o muchos de estos posibles factores que intervienen en la causalidad de un trastorno. Lo que se pretende subrayar es que, aun conociéndolos o sospechándolos, su formación o sus prejuicios pueden –¿suelen?– llevarle a utilizar un determinado procedimiento terapéutico que, en el mejor de los casos, no abordaría sino *uno* de los diferentes factores de riesgo, ahora ya constituido en causal.

Pero esta forma de pensar y de actuar terapéuticamente implica otro error conceptual: creer que aun cuando uno de los factores causales sea preeminente, determinante del trastorno en mayor proporción que otros factores, el tratamiento forzosamente debe destinarse a eliminarlo o corregirlo si pretende ser eficaz. En otras palabras, aun cuando fuera cierto que la mayor explicación de un trastorno fueran las primeras relaciones con la madre, el tratamiento *actual* del trastorno no tiene por qué centrarse específicamente en tales relaciones y en sus consecuencias inmediatas para ser eficaz; es más, puede no serlo en absoluto.

Dicho de otro modo, los tratamientos que han demostrado ser eficaces en la mayor parte de los trastornos (no todos) suelen tener muy escasa relación con las causas primeras de los mismos. Eso es lo que se constataba, por ejemplo, al verificar la eficacia de la actividad física en la depresión o de una intervención cognitiva conductual en el TOC, que es un trastorno de causalidad predominantemente

genética. (Por supuesto, por ahora nadie puede pensar seriamente en un tratamiento “causal” del TOC puesto que estamos muy lejos de poder modificar la carga genética a él asociada).

Entre la eficacia y la ética

Todos estos hechos sugieren una serie de reflexiones que, siendo como son de índole profesional, técnica, tienen una indudable importancia desde una perspectiva ética. Afectan de lleno a la deontología profesional. Las desgranaremos en unos cuantos apartados.

1. *Necesidad de información/formación.* Responsabilizarse de la salud (mental) de niños y adolescentes implica fundamental y primariamente que el profesional, psiquiatra o psicólogo clínico, tenga permanentemente el convencimiento subjetivo de que sus conocimientos profesionales están actualizados. Ha de conocer en todo momento qué tratamientos son los más eficaces para cada trastorno que trate o intente tratar. No puede conformarse con lo que aprendió en su día. Debe estar abierto a los datos que la investigación suministra cada vez con más profusión. No estar preocupado por ello, no hacerlo, o es pereza profesional, pura negligencia, o es no poder alejarse de un pensamiento dogmático, lo último que debe suceder a un científico. Es preciso dudar de las propias convicciones. O por lo menos estar dispuesto a dudar, si las evidencias apuntan en otra dirección. Claro está que esta actitud supone tener formación suficiente para saber criticar los diseños de las experiencias que suministran los datos y la corrección del procedimiento utilizado en la formulación de conclusiones.
2. *Derechos de los pacientes.* Los pacientes tienen derecho a ser informados acerca de *todos* los procedimientos terapéuticos disponibles. Tienen derecho a saber cuál es el nivel de eficacia de cada uno, sus efectos indeseables, los procedimientos que domina el terapeuta, etc. Es decir, todo terapeuta tiene la obligación profesional y moral de conocer toda esta información, no sólo para su buena praxis técnica, sino para satisfacer un derecho de sus pacientes (y de sus familias en el caso de menores), tal como consta en todos los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias. En la práctica psiquiátrica esto supone que los psicólogos y psicoterapeutas deben tener un buen conocimiento de la psicofarmacología, de su eficacia y de sus consecuencias de todo orden; que los “psicofarmacólogos” deben conocer los procedimientos psicoterápicos disponibles, su eficacia y sus consecuencias de todo orden; que, pongamos por caso, los terapeutas de familia deben conocer la eficacia y los efectos de los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Unos y otros deben exponer la panoplia terapéutica disponible a sus pacientes permitiendo que ellos elijan. Y si lo elegido ha demostrado suficientemente su eficacia y el terapeuta en cuestión carece de competencia profesional para desarrollarlo, no hay más remedio que indicar al paciente qué debe hacer para conseguir el tratamiento deseado.
3. *Eficacia y efectos secundarios.* No todos los trastornos cuentan con intervenciones terapéuticas que hayan demostrado su eficacia más allá de la modificación de algunos síntomas, y ni siquiera en todos los casos. Esto es lo que sucede, por ejemplo, en el autismo. Por otro lado, ningún trastorno tiene *un* tratamiento de eficacia universal, ni mucho menos. La decisión terapéutica –la del clínico, y la del paciente si se lo permiten- se basa siempre en un cálculo de probabilidades. Mas para calcular bien hay que estar bien informado. Pero como se ha indicado, la información también ha de incluir los efectos secundarios. En este terreno, aun más que en el de la eficacia, nos encontramos con un problema cuya solución todavía se ve muy lejana. En efecto, la eficacia de un psicofármaco se evalúa a través de ensayos clínicos, cada vez más rigurosamente diseñados, con controles cada vez más exigentes, que deben contar con la aprobación de comités éticos *ad hoc* y cuyos resultados, para ser creíbles, han de cumplir una serie de requisitos muy importantes. Todo ello es así en general, pero todavía más cuando se estudian aplicaciones a niños y adolescentes. Es cierto que, pese a todo ello, sigue habiendo problemas en la

interpretación de algunos estudios, hay resultados que no se publican por ser contrarios a los intereses comerciales del laboratorio implicado, etc. Lo mismo cabe decir de los efectos secundarios. ¿Pero qué sucede con las psicoterapias? Que los estudios controlados acerca de su eficacia y consecuencias son escasísimos, que la mayor parte de las psicoterapias se realizan sin verificación de resultados, que es muy difícil explicar las ventajas de su aplicación a los pacientes, porque se carece de datos objetivos, etc.

En este contexto conviene recordar un tema olvidado que debiera preocupar a todos los clínicos. Se trata de la casi total ausencia de estudios sobre los *efectos secundarios indeseables de las psicoterapias*. Lo paradójico es que los psicoterapeutas, utilizan fundamentalmente *la palabra* para intentar corregir las anomalías patológicas del paciente porque creen en su eficacia, claro está. Es decir, están convencidos de que su intervención modificará emociones, pensamientos y comportamientos desadaptados y desadaptativos del paciente; por tanto, que, cuando intervienen, manipulan y afectan funciones centrales, nucleares, de la persona que tienen a su cuidado. Ahora sabemos que, además, van a modificar parte de su funcionamiento fisiológico. ¿Y no van a tener efectos secundarios? ¿Es que acaso los que llevamos unos cuantos años en estos menesteres no hemos comprobado importantes o incluso gravísimos efectos secundarios de ciertas intervenciones psicoterápicas? ¿Por qué se exige que en el folleto que acompaña a un fármaco deban enumerarse las mil y una consecuencias negativas que el fármaco puede inducir (lo que está muy bien) y no se exige algo parecido a una intervención psicológica? ¿Es que acaso ésta no actúa? ¿Es que no sirve? Obsérvese que aun cuando las psicoterapias sólo ejercieran eficacia terapéutica mediante un efecto placebo, hay que recordar que también existe el *efecto nocebo*. Se intervenga como se intervenga puede haber *iatrogenia*.

4. *Tratamientos mixtos y trabajo en equipo*. En la actualidad la mayor parte de las patologías psiquiátricas exigen tratamientos mixtos. Esto significa que, ante la ausencia de procedimientos de eficacia universal, el paciente tiene derecho a recibir aquellos que más la han demostrado, sabiendo que en general no son excluyentes. A estas alturas es muy difícil encontrar un trastorno que no cuente con experiencias controladas acerca de las ventajas de los tratamientos mixtos. Pero el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico de un trastorno concreto o lo realiza correctamente una misma persona o lo realiza un equipo, aunque sea un equipo de dos. En este caso, psicoterapeuta y farmacoterapeuta tienen la obligación de conocer perfectamente por igual el caso, deben dominar las interacciones entre sus respectivas intervenciones, lo que fuerza, como antes se ha indicado, a que el psicoterapeuta entienda y conozca razones y consecuencias de la medicación y el farmacólogo entienda y conozca las razones y los efectos de la psicoterapia. No es un paciente sometido a dos procedimientos, sino un paciente incluido en un programa mixto, cuya complejidad puede incrementarse si, además, parte de su tratamiento se realiza en grupo, a través de la familia, con participación escolar, etc.

No todos los trastornos exigen la misma dosificación de uno u otro tratamiento; por lo menos eso es lo que indican los datos disponibles. Así, esquizofrenia y manía deben ser tratados farmacológicamente como intervención central; la intervención psicológica es complementaria y muy especialmente dirigida a la prevención de recaídas. Por otro lado, la mayor parte de trastornos de ansiedad de niños y adolescentes deben ser tratados primariamente mediante psicoterapia y sólo complementariamente con fármacos. En otros casos, por ejemplo, el trastorno por déficit de atención, el tratamiento requiere que sea mixto desde un principio con “dosificaciones” semejantes, pero sabiendo que el abordaje nuclear de la patología corre a cargo del fármaco y que la intervención psicológica debe abordar *todo lo demás*, que es mucho. El TOC presenta un modelo distinto porque, excepto en los casos muy graves, puede optarse inicialmente por un fármaco o por un procedimiento cognitivo conductual, ya que la eficacia demostrada es similar.

5. *La necesaria humildad*. Para dudar de las propias creencias, éstas no pueden ser convicciones. El científico –¿el hombre?–, el clínico actúa más a partir de hipótesis que de convicciones. La convicción, el convencimiento, tiene mucho de irreversibilidad. La hipótesis es modificable en función de las pruebas que suministre el contacto con la realidad. Estar dispuesto a cambiar de creencias, de hipótesis, si se demuestran erróneas o incompletas o parciales, es ser científicamente humilde, es decir, científico.

A menudo, la crítica del otro, del farmacólogo, del terapeuta, del que no comparte mi orientación, no sólo es una manifestación de convicciones más o menos pétreas, sino un mecanismo de defensa ante lo que se desconoce, ante el temor de que desmonten mis esquemas que tanta seguridad me producen cuando los obedezco y sigo sin crítica alguna. Es decir, sin autocrítica. La ciencia está reñida con la fe (ciega). La formación profesional científica no puede asimilarse a una formación religiosa. En la ciencia no hay libros sagrados, no hay creencias dogmáticas; hay método. Y como, en última instancia, todavía sabemos muy poco de todo, no tenemos más remedio que ser humildes. Amén

Bibliografía

- BAXTER L R, SCHWARTZ J M, BERGMAN K S ET AL. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- BRODY A L, SAXENA S, STOESSEL P ET AL. (2001). Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy. *Archives of General Psychiatry*, 58, 631-640.
- MARTINSEN E W (1994). Physical activity and depression: clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, supl.377, 23-27.
- MAYBERG H S, SILVA J A, BRANNAN S K ET AL. (2002). The functional neuroanatomy of the placebo effect. *American Journal of Psychiatry*, 159, 728-737.
- SAXENA S, BRODY A L, SCHWARTZ J M, BAXTER L R (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, supl. 35, 24-37.
- SCHWARTZ J M, STOESSEL P W, BAXTER L R ET AL. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after succesful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109-113.
- TORO J (1998). Antidepresivos. En Toro J, Castro J, García M, Lázaro L (eds.): *Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson.
- TORO J (2001). *Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Psicopatología y tratamiento*. Barcelona, Meeting and Congress.
- VALDÉS M (2000). *Psicobiología de los síntomas somáticos*, Barcelona, Masson.
- VON BERTALANFFANY L (1968). *Teoría general de sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica.

Figura 1. Interacciones entre los factores o agentes psicobiológicos del ser humano y las influencias ambientales

