

LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS INTEGRADOS: COMBINACIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y PSICOTERAPIA

Alberto Fernández Liria
y Beatriz Rodríguez Vega*

Resumen

La combinación de psicofármacos y psicoterapia que fue contemplada con recelo hasta los años noventa es hoy la norma en el tratamiento de los trastornos mentales. Se revisan los meta-análisis que ponen a prueba la combinación (14 artículos referidos a 13 meta-análisis) en todos los cuales la combinación resulta superior a cualquiera de las modalidades por separado. Ello sucede aunque la metodología utilizada tiende a minimizar las ventajas de la combinación. Se justifican algunas propuestas de mejora de la metodología utilizada en la investigación.

Palabras claves: Psicofármacos, psicoterapia, meta-análisis.

Key words: Psychotropic drugs, psychotherapy meta-analytic studies.

Introducción

Los fármacos y la psicoterapia se han planteado como opciones para el tratamiento de los trastornos mentales siempre que se ha pensado en tal tratamiento como posibilidad, se retrotraiga este planteamiento a Platón, Pinel, Freud o Pavlov. Tradicionalmente las referencias a la otra opción en la literatura referida a cada una de ellas, cuando las ha habido, se han limitado a compararlas. Y durante mucho tiempo se ha hecho con mutuas acusaciones como la de tener un efecto meramente encubridor o la de carecer de base científica, sustentadas en meras opiniones.

Hoy, esta situación se ha visto radicalmente alterada por varios fenómenos. En primer lugar por la propia práctica: allí donde los casos no pueden ser seleccionados para lograr que se adapten a la alternativa ofertada—como sucede en el sector público de los países con un sistema nacional de salud público—,

los tratamientos integrados, que pueden llegar a incluir no sólo las dos modalidades de tratamiento sino también prestaciones de rehabilitación, cuidados y apoyo, no sólo no son raros, sino que son la norma.

En segundo lugar se ha visto afectada por la irrupción de ese nuevo paradigma para determinar la eficacia de los tratamientos a utilizar que ha venido de la mano de la llamada *medicina basada en la evidencia* (o, en mejor castellano, *en las pruebas*) y del intento de controlar la llamada *variabilidad clínica* mediante las *guías de práctica clínica*.

Hoy, aunque a veces haya sido deliberadamente ignorada o banalizada, la literatura que refiere al fenómeno de la combinación, y la investigación que pretende servirle de base, es abundante (Sammons y Schmidt, 2001). Sin embargo una justa apreciación de su significado no es fácil. En este trabajo intentaremos analizar alguna de las razones y justificar algunas conclusiones.

Una perspectiva histórica

Como queda dicho, durante muchos años las referencias a uno de los procedimientos de aproximación al tratamiento de los trastornos mentales por parte de los practicantes del otro, se han hecho en términos de comparación. En muy buena medida la

*Alberto Fernández Liria: Área 3 de Salud Mental de Madrid, Universidad de Alcalá, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Carretera de Meco s/n, 28805 Alcalá de Henares, Madrid, España. E-Mail: afliria@gmail.com

Beatriz Rodríguez Vega: Hospital Universitario la Paz, Universidad Autónoma de Madrid

REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 139-148
© 2008 Fundación AIGLE.

defensa de cada uno de ellos se ha hecho en función de los modelos teóricos que pretendían sustentar cada uno de ellos. Y, en muchas ocasiones, sobre el sobreentendido absolutamente arbitrario de que la demostración de la eficacia de una de las intervenciones demostraría la veracidad de los modelos en los que pretende sustentarse. La combinación de ambas modalidades ha sido, durante años, contemplada con suspicacia. Estar en psicoterapia ha sido un criterio de exclusión de los ensayos con los que se ha pretendido demostrar la eficacia de los fármacos. Y, por parte de los psicoterapeutas, la administración simultánea de psicofármacos ha sido vista como un factor que ora dificultaba el *insight*, ora encubría los problemas y, con toda seguridad, interfería en la relación transferencial.

La combinación de las dos modalidades de tratamiento ha empezado a ser objeto de atención sólo cuando la misma era ya algo común en la práctica clínica. Y cuando lo ha hecho, de la mano de los psicoterapeutas integradores a principios de los noventa, lo ha hecho con timidez, aderezada siempre con una mención exhaustiva de los posibles riesgos y dificultades (Manning y Frances, 1990; Karasu, 1990a; Karasu, 1990b; Beitman y Klerman, 1991; Beitman, Hall y Woodward, 1992; Klerman y col., 1994). Estos textos revisan las entonces incipientes pruebas de la superior eficacia de la combinación frente a las dos modalidades de tratamiento exclusivo con una de ellas, cuyo alcance está limitado por el poder estadístico de ensayos llevados a cabo con muestras de un tamaño insuficiente para detectar diferencias muy importantes (Fernández Liria, 1999). En ellos se hace hincapié en las dificultades metodológicas para demostrar taxativamente esta superioridad que ya entonces podía verse de modo tendencial, lo que requeriría muestras muchísimo mayores que permitieran comparar cuatro o preferiblemente seis grupos de pacientes (Klerman y col., 1994).

En esos trabajos se señalan también las dificultades teóricas para explicar la superioridad de la combinación y dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación...) y condiciones en que se producen. Klerman y colaboradores (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.

Y, como queda dicho, se dedica una importante extensión de estos textos a los posibles efectos negativos de la combinación. Los posibles efectos negativos de la medicación sobre la psicoterapia, según estos autores, 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, aún los más cautos a la hora de valorar las pruebas a favor de la combinación existentes entonces en la literatura han de concluir que, en ella, no existía entonces (ni existe hoy) ningún indicio de que el resultado de la combinación pueda ser peor que el de cualquiera de ellos por separado (Manning y col., 1990).

La superioridad de la combinación respecto a las alternativas aisladas deja de aparecer como una tendencia para pasar a ser incontrovertiblemente demostrable estadísticamente en los primeros años dos mil, cuando empiezan a realizarse ensayos con muestras mucho mayores, poblaciones seleccionadas con criterios más estrictos e intervenciones más específicas para los trastornos a tratar (Asiel y Fernández, 2000). Nos ocuparemos de ello más adelante.

La psicoterapia y la medicina basada en las pruebas

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 viene de la mano del ensayo clínico, que exige la demostración empírica de la utilidad de los remedios que se van a utilizar con los pacientes y que ha culminado en la doctrina de lo que hoy se conoce como la *medicina basada en las pruebas* a la que psiquiatras y psicólogos clínicos se han sumado con un entusiasmo frecuentemente falto de una necesaria reflexión. Desde sus inicios, tal modelo 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 esta nueva óptica, a los tratamientos se les exige no una justificación racional, sino una demostración de eficacia mediante una metodología admitida como válida para ello. 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 (Eysenck, 1952) ya en 1952– y, lo que es peor, no existía una metodología adecuada para dar cuenta de tal eficacia.

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, Rousanville, Chevron, Neu, y Weissman, 1984).

Las propuestas de estos dos grupos tenían unas características comunes que han conformado el modo en el que la psicoterapia reaparece desde ese momento 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 de acuerdo con los criterios de las clasificaciones aceptadas de los trastornos mentales (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en función de otros criterios de análisis de los patrones a modificar específicamente pensados para guiar intervenciones psicoterapéuticas, y menos aún, de valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal...

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

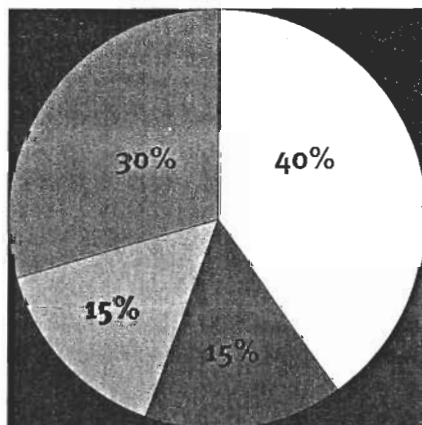
como antagónica a estos.

El trabajo de estos dos grupos marca una vía para conseguir la aceptación de los tratamientos psicoterapéuticos en los incipientes foros de la medicina basada en las pruebas: la adopción de la metodología del ensayo clínico que empieza a convertirse en la metodología reina también en la investigación en psicoterapia. Tanto en los Estados Unidos de América como en el Reino Unido sendos grupos de trabajo se ocupan, en los años 90 de recoger el fruto del trabajo realizado en este sentido y a elaborar listados de lo que se conocerá, a partir de ellos, como *tratamientos empíricamente validados*. En los Estados Unidos la División 12 de la *American Psychological Association* trabajó en este sentido desde 1993 (Chambless y cols., 1996; Chambless y cols., 1998; Chambless, 1998; Chambless y Ollendick, 2001), y lo mismo hicieron simultáneamente distintos grupos de trabajo en el Reino Unido (Roth y Fonagy, 1996). El resultado de estos trabajos se tradujo en unos listados de nombres de terapias manualizadas (fundamentalmente “terapia cognitivo-conductual” o “terapia interpersonal”) seguidos de categorías del DSM y el nombre del grupo de población a la que se dirige, como por ejemplo, “terapia interpersonal del trastorno depresivo mayor en mujeres embarazadas”. Aunque en el camino se han producido hallazgos interesantes, como punto de partida para un pensamiento creativo, la verdad es que tales listados no han sido muy útiles. A ellos se ha aplicado toda la crítica que se puede aplicar a los ensayos farmacológicos que les sirven de ejemplo (prueban eficacia y no efectividad, son irreproducibles en contextos clínicos, se aplican a pacientes difícilísimos de reclutar porque son muy diferentes de la población clínica habitual...). A esta crítica pueden añadirse algunas otras. En primer lugar el cumplimiento de unos determinados requerimientos sintomáticos que permiten sustentar un diagnóstico no ha sido casi nunca considerado por los psicoterapeutas prácticos como el criterio principal para guiar una intervención psicoterapéutica. Generalmente, los psicoterapeutas han tenido que considerar otros aspectos personales del paciente. Eso, aún sin tener en cuenta que, probablemente, contra la idea que subyace a todo este modelo de investigación, no hay un tratamiento preferible para cada problema, sino para cada pareja terapeuta-paciente que tiene que trabajar con un problema y que la elección de técnicas y estrategias ha de tener esto en cuenta. La otra crítica tiene que ver con que estos ensayos se han llevado a cabo, generalmente, sobre el sobreentendido de que los responsables de los resultados obtenidos por las intervenciones puestas a prueba son, precisamente, las técnicas y los fac-

(*) 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

tores terapéuticos a los que los impulsores de tales intervenciones les atribuyen ese efecto, cuando la investigación de proceso/resultados parece indicar precisamente lo contrario. La figura 1 muestra el papel que, en base a tales investigaciones, Michael Lambert (1992) cree poder atribuir a los diferentes factores estudiados. La literatura existente sobre combinación de psicofármacos y psicoterapia se ajusta a este paradigma y carga con estas limitaciones. En el año 2002, la División 29 de la *American Psychological Association* publicó los resultados de su investigación sobre *relaciones de eficacia probada* en un texto que aplicaba procedimientos semejantes a buscar la contribución al cambio de factores comunes a diversas intervenciones terapéuticas. Este trabajo permitía dar por probada la eficacia de factores como por ejemplo la alianza de trabajo, la cohesión grupal o la empatía, y establecer, siguiendo también aunque de una manera a nuestro modo de ver más creativa, la metodología de la *medicina basada en las pruebas*, el grado de certidumbre con el que se puede afirmar la utilidad de muchos otros factores (Norcross, 2002).

Figura 1. Contribución de los factores terapéuticos a la mejoría en psicoterapia según Lambert, M. (1992)



- Cambio extraterapéutico
- Técnicas
- Expectativas
- Relación terapéutica

Pruebas sobre la eficacia de la combinación

Para revisar las pruebas sobre la eficacia de la combinación de psicofármacos y psicoterapia hemos intentado reunir los meta-análisis publicados realizando unas búsquedas en Pubmed con la siguientes estrategias: “*Meta-Analysis*” [Publication Type] AND “*Psychotherapy*” [Mesh] AND “*Psychotropic Drugs*” [Mesh] y “*Psychotherapy*” [Mesh] AND “*Psychotropic Drugs*” [Mesh] AND “*Combined Modality Therapy*” [Mesh] para meta-análisis. Los artículos resultantes fueron revisados independientemente por los dos autores. Finalmente, se acordó incluir 14 artículos que se referían a 13 meta-análisis (Ver tabla 1). De ellos, cinco se refieren a trastorno de pánico (Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw, y van, 1998a; Furukawa, Watanabe, y Churchill, 2006; Mitte, 2005; van Balkom y cols., 1997b), tres a depresión (Pampallona y cols., 2004b; Thase y cols., 1997b; de Maat y cols., 2007a), dos a trastorno bipolar (Scott, Colom, y Vieta, 2007b; Vieta y Colom, 2004), uno a bulimia (Bacaltchuk y cols., 2000a; Bacaltchuk, Hay, y Trefiglio, 2001) y otro a fibromialgia (Rossy y cols., 1999a). Dos son revisiones Cochrane (sobre bulimia (Bacaltchuk y cols., 2001) y sobre pánico (Furukawa y cols., 2006)). En todos ellos la combinación de psicofármacos y psicoterapia aparece como más eficaz que cualquiera de las dos alternativas por separado. Este hecho parece más claro cuanto mayores son las muestras.

Con nuestra estrategia de búsqueda no hemos encontrado meta-análisis que evalúen específicamente la combinación de psicofármacos y psicoterapia sobre algunos trastornos en los que tal combinación es la norma en la práctica, y sobre los que, por ejemplo, la magnífica revisión de Thase y Jindal (Thase y Jindal, 2003) —que es previa a alguno de los grandes meta-análisis revisados por nosotros y no encuentra, en ese momento, pruebas de la superioridad de la combinación en trastorno de pánico y bulimia— sí cree que, en base a los ensayos clínicos que revisa, puede sustentarse la superioridad de la combinación, como en caso de la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Discusión

Durante mucho tiempo, las ventajas de los tratamientos combinados sobre las alternativas aisladas quedaron oscurecidas porque las pequeñísimas muestras utilizadas en los ensayos en los que se incluían intervenciones psicosociales, no tenían tamaño suficiente para demostrar diferencias muy importantes. Los ensayos que empiezan a publicarse en el nuevo siglo incluyen muestras mayores y han

Tabla 1. Meta-análisis sobre combinación de psicofármacos y psicoterapia

Meta-análisis	Tema	Ensayos (y pacientes) incluidos	Criterio	Conclusión	Comentario
(Bacaltchuk y cols., 2000b)	Combinación de Ad y psc en bulimia nerviosa	5 AD vs Comb 7 Psc vs Comb	Remisión	F < Comb Psc < Comb	Es el mismo metanálisis de la revisión Cochrane de 2001
(Bacaltchuk y cols., 2001)	AD vs. psicoterapia y su combinación para bulimia nerviosa	5 AD vs Psc (237p) 5 AD vs Comb (247) 7 Psc vs Comb (343)	Remisión	REMISIÓN: AD < Psc < Comb ABANDONOS: AD > Comb > Psc	Revisión Cochrane
(Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw, y van, 1998b)	Eficacia a largo plazo de Tratamientos del Pánico	68(1346)	Respuesta		
(Clum, Clum, y Surls, 1993)	Tratamientos de Tr Pánico			Combinación entre los más consistentes ES	
(de Maat, Dekker, Schoevers, y de, 2007b)	Psc y comb en depresión	7 (903p)	Respuesta	Comb > psc	
(Furukawa y cols., 2006)	Psc mas AD para Tr Pánico	21 (1709 p)	Respuesta	FASE AGUDA: AD < Comb Psc < Comb CONTINUACIÓN PST TRATAMIENTO: AD < Psc < Comb Post tratamiento AD < Psc = Comb	Revisión Cochrane Si se intentan utilizar criterios de remisión no se mantienen los resultados (Probablemente porque hay menos estudios)
(Mitte, 2005)	Psc y F eb pánico	124	Número de ataques	A CORTO PLAZO Comb > CBT = F A LARGO PLAZO Comb o CBT	No se consideró la evitación
(Pampallona, Bollini, Gibaldi, Kupelnick, y Munizza, 2004a)	Tratamiento combinado de la depresión	16 (932p)		EN GENERAL Comb > F SI EL ESTUDIO DURA MÁS DE 12 SEMANAS: Comb > F Comb menos abandonos	
(Rossy y cols., 1999b)	Tratamiento de la fibromialgia	49		F < Psc < Comb	
(Scott, Colom, y Vieta, 2007a)	Terapias psicológicas añadidas al tratamiento de trastorno bipolar	8	Reducción de recaídas	Comb > F	
(Thase y cols., 1997a)	Depresión mayor	6 (595)		TDM LEVE Psc = Comb TDM GRAVE Psc < Comb	Es un mega-análisis con TCC y TIP
(van Balkom y cols., 1997a)	Tr de Pánico	106 (5011p)	Respuesta	F < Comb Psc < Comb	
(Vieta y cols., 2004)	Trastorno bipolar	4	Recidiva	Comb > F	
(Watanabe, Churchill, y Furukawa, 2007)	Psicoterapia y BZD vs. Psicoterapia sola en pánico	2	Respuesta	Comb > BZD	

permitido demostrar sólidamente esta superioridad. Debe tenerse en cuenta que para poner de manifiesto diferencias del 15% en las tasas de respuesta o remisión son necesarios 250 pacientes en cada una de las ramas. Y si las diferencias esperables son del 10% serán necesarios 500. Dado que la investigación en intervenciones psicosociales no da, como la farmacológica, lugar a patentes a través de las cuales pueda recuperarse la inversión en investigación, financiar trabajos de este tipo es muy difícil y a ello hay que atribuir buena parte de la relativa (respecto a los tratamientos farmacológicos) escasez de pruebas a favor de los tratamientos combinados (y de las intervenciones psicosociales en general).

Aún vencida esta primera dificultad, es muy discutible que la metodología seguida en los estudios que hemos revisado sea capaz de poner enteramente de manifiesto las ventajas de la combinación. Y ello por muy diversas razones. Thase y Jindal (2003) en su revisión plantean varias explicaciones posibles al hecho de que hasta la fecha no haya sido posible detectar efectos sinérgicos entre las dos modalidades de tratamiento del tipo $0.5 + 0.5 = 1.2$

y que, en cambio, lo que pongan de manifiesto los ensayos existentes sean diferencias relativamente modestas en la magnitud de efecto encontrada en la combinación, del tipo $0.5 + 0.5 = 0.8$

Una de estas explicaciones se conoce como *efecto techo*, por pérdida de sensibilidad de medida que se produciría en la medida en la que los pacientes mejoran, lo cual, a su vez, podría responder a varios motivos. En primer lugar podría tener que ver con el tipo de instrumentos utilizados, que se centran en la gravedad de los síntomas y no en el bienestar percibido y, por tanto son menos sensibles en pacientes menos graves. Otro de los motivos es la presencia en los grupos de pacientes resistentes a las distintas formas de tratamiento, lo que infla las desviaciones estándar de las medidas de resultados y reduce su sensibilidad para medir diferencias ligeras o moderadas. Este efecto puede incrementarse dependiendo de la metodología empleada para analizar los abandonos (Thase y cols., 2003).

Otra de las explicaciones del oscurecimiento de la sinergia que Thase y Jindal (2003) revisan es la falta de consideración de los elementos inespecíficos comunes a las relaciones de ayuda que son frecuentemente minimizados como "efecto placebo" y a los que se atribuye un papel importante en la respuesta en los ensayos a través de los que se ponen a prueba los tratamientos farmacológicos.

Keller cols., (2000) en un trabajo que dio lugar a una productiva discusión en el *The New England Journal of Medicine* y se considera un hito en los

estudios sobre combinación, proponen una metodología para controlar tanto el efecto techo como el papel de los factores inespecíficos gracias a la cual en su propio experimento, lo que - de haber obviado estas consideraciones - podía haber aparecido como una sumación incompleta resultaba ser al menos una sumación total, sino un primer ejemplo de sinergia. Otro aspecto del diseño de los trabajos en los que suele sustentarse la eficacia de la combinación es la consideración de la comorbilidad como un criterio de exclusión. Esto tiene dos consecuencias. Por un lado, la comorbilidad es muy frecuente, si no la norma, en la práctica clínica habitual. Por otro, es probablemente en los casos complejos, en los que se cumplen criterios de más de un diagnóstico y juegan un papel importante aspectos de la personalidad, donde la combinación es, en mayor medida, una necesidad.

Durante todo este período se han llevado a cabo trabajos que ponen de manifiesto algunos mecanismos complejos que pueden hacer más difíciles de evaluar los efectos de la combinación y obligarían a considerar modelos de interacción diferente de los tradicionalmente considerados. Beitman, por ejemplo, ha publicado un estudio (Beitman y cols., 1994) en el que la evaluación de los estadios del cambio en los términos propuestos por Prochaska y col. (Prochaska y Di Clemente, 1984; Prochaska y Di Clemente, 1992; Prochaska, Rossi, y Wilcox, 1991) permite predecir la respuesta al tratamiento del pánico... icon alprazolam!. El fenómeno no parece tan difícil de interpretar: el paciente contemplador, con la tranquilidad que le proporciona el alprazolam, podrá quedarse en la cama y seguir evitando. El paciente en preparación para la acción o que ya ha empezado a actuar, podrá decidirse a actuar o mantenerse en la exposición gracias a esa misma tranquilidad. Una primera conclusión que podría extraerse de ese trabajo es que para evaluar el efecto de unas y otras intervenciones y, más aún, de su combinación, deberían tenerse en cuenta criterios diferentes del diagnóstico en base a la presencia o ausencia de síntomas (que no permite diferenciar a los pacientes en estadio de acción de los precontempladores). Pero hay otra conclusión importante sobre la combinación: si el efecto (positivo o negativo) del fármaco administrado depende del estadio de cambio, no debería autorizarse a prescribir psicofármacos a quien no sea capaz de evaluar y trabajar para el cambio de tales estadios, o sea, a quien no sea capaz de hacer una intervención psicoterapéutica por lo menos a ese nivel.

No hay trabajos que permitan sustentar las ventajas (o determinar en qué condiciones puede ser ventajosa una de las alternativas) de los modelos de combinación integrados, en los que un mismo terapeuta actúa como psicoterapeuta y como prescriptor

y controlador del fármaco y los modelos escindidos, en los que el fármaco es prescrito y controlado por un profesional distinto del psicoterapeuta.

Se han publicado además trabajos que evalúan otras formas de combinación, como es la secuenciación, en la que una intervención psicoterapéutica es aplicada a pacientes con una remisión parcial a tratamiento farmacológico (Fava, Grandi, Zielesny, Canestrari, y Morphy, 1994; Fava, Grandi, Zielesny, Rafanelli, y Canestrari, 1996; Fava, Rafanelli, Grandi, Canestrari, y Morphy, 1998; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, y Belluardo, 1998; Paykel y cols., 1999).

Los muy abundantes trabajos que evalúan programas de intervención en trastornos psicóticos o en trastornos de la personalidad, y que aparecen sistemáticamente como recomendados por las guías de práctica clínica, son de hecho tratamientos combinados, que no revisamos aquí porque el término de comparación no son las modalidades por separado sino otros programas o el *tratamiento como de costumbre*, que, por regla general, son también tratamientos combinados.

No hemos encontrado meta-análisis que permitan extraer conclusiones sobre los costes de cada una de las alternativas y consiguientemente el balance coste-beneficio de la combinación. Aunque algunas decisiones de política sanitaria importantes, como la británica de introducir diez mil psicoterapeutas en el sistema nacional de salud para proveer psicoterapia a las personas que sufren trastornos de ansiedad o depresión, se basan en estudios coste/beneficio (Mental Health Policy Group, 2006), estos han sido poco discutidos y, en este campo, es necesario un acuerdo sobre la metodología a emplear.

Conclusiones

Como conclusión podríamos afirmar que:

1. La combinación de psicofármacos y psicoterapia no sólo no es una práctica infrecuente, sino que es la norma allí donde los pacientes no pueden ser seleccionados en función de los tratamientos ofertados.

2. En la medida en la que ha sido comparada con las dos modalidades de tratamiento aisladas, la combinación ha demostrado mejores resultados que cada una de ellas por separado, a pesar de que esta diferencia tiende a ser enmascarada con la metodología utilizada en los trabajos que la han puesto de manifiesto.

3. Para estudiar las posibles ventajas de la combinación y las condiciones en las que su uso es más necesario, será preciso introducir mejoras en la metodología empleada para considerar empíricamente

validado un tratamiento. Tales mejoras conciernen al menos:

- a. Al tamaño de las muestras.
- b. Al número de grupos sometidos a comparación.
- c. A los criterios de inclusión y exclusión, incluyendo la definición de las poblaciones en términos diferentes a los propuestos por las clasificaciones operativas como la DSM o la CIE.
- d. Al aparato estadístico utilizado para comparar los resultados y controlar los abandonos y pérdidas.
- e. A los modelos teóricos empleados para entender los posibles efectos aditivos.
- f. A la consideración de los factores comunes a las intervenciones basadas en diferentes modelos teóricos y el *efecto placebo*.
- g. Al coste de las intervenciones que permita calcular no sólo la eficacia sino también la eficiencia (con cuidado de incluir los costes indirectos).

BIBLIOGRAFÍA

- Asiel, A. y Fernández, Liria A. (2000). Psicoterapia y Psicofármacos: Por fin juntos? *Psiquiatría Pública*, 12, 285-288.
- Bacaltchuk, J., Hay, P., Trefiglio, R. (2001). Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD003385.
- Bacaltchuk, J., Trefiglio, R. P., Oliveira, I. R., Hay, P., Lima, M. S., y Mari, J. J. (2000a). Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatr.Scand.*, 101, 256-264.
- Bacaltchuk, J., Trefiglio, R. P., Oliveira, I. R., Hay, P., Lima, M. S., y Mari, J. J. (2000b). Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatr.Scand.*, 101, 256-264.

- Bakker, A., van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Blauw, B. M., y van, D. R. (1998b). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 186, 414-419.
- Bakker, A., van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Blauw, B. M., y van, D. R. (1998a). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 186, 414-419.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive treatment of depression: a treatment manual. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983)*. New York: Guilford.
- Beitman, B. D., Hall, M.J., y Woodward, B. (1992). Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. En John Norcross y M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Beitman, B. D. y Klerman, G.L. (1991). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Beitman, B. D., Beck, N. C., Deuser, W. E., Carter, C. S., Davidson, J. R., y Maddock, R. J. (1994). Patient Stage of Change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Anxiety*, 1, 64-69.
- Chambless, D. L. y cols (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu.Rev.Psychol.*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L. y cols. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-14.
- Clum, G. A., Clum, G. A., y Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J.Consult Clin.Psychol.*, 61, 317-326.
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., y de Jonghe, F.. (2007a). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur.Psychiatry*, 22, 1-8.
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., y de Jonghe, F. (2007b). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur.Psychiatry*, 22, 1-8.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fava, G.A., Grand, S., Zielezny, M., Canestrari, R., y Morphy, M.A. (1994). Cognitive behavioural treatment residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 151, 1295-1299.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Rafanelli, C. y Canestrari, R. (1996). Four-year outcome for cognitive behavioural treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*, 153, 945-947.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R., y Morphy, M. A. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioural treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry*, 155, 816-820.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., y Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioural therapy. Preliminary Findings. *Arch.Gen.Psychiatry*, 55, 812-820.
- Fernández Liria, A. (1999). Combinacion de psico y farmacoterapia en los trastornos depresivos. *Revista de Psicoterapia*, 9, 27-41.
- Furukawa, T. A., Watanabe, N., y Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br.J.Psychiatry*, 188, 305-312.
- Karasu, T. B. (1990a). Toward a clinical model of psychotherapy for depression, I: Systematic comparison of three psychotherapies. *Am J Psychiatry*, 147, 133-147.
- Karasu, T. B. (1990b). Toward a clinical model of psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach. *Am J Psychiatry*, 147, 269-278.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, A.J., Markowitz, J.C., Nemeroff, C.B., Russell, J.M., Thase, M.E., Trivedi, M.H. y Zajecka, J. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Klerman, G. L., Rousanville, B., Chevron, E., Neu, C., y Weissman, M. M. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Markowitz, J. C., Glick, I., Wilner, P. J., Mason, B. y Shear, M.K. (1994). Medication and psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition* (pp. 734-782). New York: Wiley.

- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books
- Manning, D. W. y Frances, A. J. (1990). Combined therapy for depression: critical review of the literature. En D.W. Manning y A.J. Frances (Eds.), *Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression* (pp. 1-34). Washington: American Psychiatric Press.
- Mental Health Policy Group (2006). *The depression report; a new deal for depression and anxiety disorders*. London: London School of Economics.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J.Affect.Disord.*, 88, 27-45.
- Norcross, J. C. (ed) (2002). *Psychotherapy relationships that work; therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., y Munizza, C. (2004b). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch.Gen.Psychiatry*, 61, 714-719.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., y Munizza, C. (2004a). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch.Gen.Psychiatry*, 61, 714-719.
- Paykel, E.S., Scott, M. J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, Hayhurst, H. y Abbott, R. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch.Gen.Psychiatry*, 56, 829-835.
- Prochaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Change*. Homewood, Il: Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1992). The Transtheoretical Approach. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Psychotherapy Integration* (pp. 330-334). Nueva York: Basic Books.
- Prochaska, J.O., Rossi, J. S., y Wilcox, N. S. (1991). Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 103-120.
- Rossy, L. A., Buckelew, S. P., Dorr, N., Hagglund, K. J., Thayer, J. F., McIntosh, M. J., Hewett, J.E. y Johnson, J.C. (1999a). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann.Behav.Med.*, 21, 180-191.
- Rossy, L. A., Buckelew, S. P., Dorr, N., Hagglund, K. J., Thayer, J. F., McIntosh, M. J., Hewett, J.E. y Johnson, J.C. (1999b). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann.Behav.Med.*, 21, 180-191.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Sammons, M. T. y Schmidt, N. B. (2001). *Combined treatment for mental disorders* (Trad cast: Tratamiento combinado de los trastornos mentales. Bilbao: Desclée, 2007). Washington: American Psychological Press.
- Scott, J., Colom, F., y Vieta, E. (2007b). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int.J.Neuropsychopharmacol.*, 10, 123-129.
- Scott, J., Colom, F., y Vieta, E. (2007a). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int.J.Neuropsychopharmacol.*, 10, 123-129.
- Thase, M. E. y Jindal, R. D. (2003). Combining Psychotherapy and Psychopharmacology for treatment of mental disorders. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 743-766). New York: Guilford.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., III, Pilkonis, P. A., Hurley, K. et al. (1997a). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch.Gen.Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., III, Pilkonis, P. A., Hurley, K. et al. (1997b). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch.Gen.Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- van Balkom, A. J., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M., Smeenk, S., y Ruesink, B. (1997a). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 185, 510-516.
- van Balkom, A. J., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M., Smeenk, S., y Ruesink, B. (1997b). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without

agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 185, 510-516.

Vieta, E. y Colom, F. (2004). Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr.Scand.Suppl*, 109, 34-38.

Watanabe, N., Churchill, R., y Furukawa, T. A. (2007). Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC.Psychiatry*, 14, 7- 18.

Abstract: Combination of psychotropic drugs and psychotherapy, that used to be looked cautiously until the 90s, is now the rule in the treatment of mental disorders. We review 14 papers that present 13 meta-analytic studies about combination. In all of them combination is netter that any of the alternatives alone. This happens even when – as we discuss – methods used in this research can minimize the advantages of combination. Proposal to improve research methodology are done.

COMENTARIO

SOBRE EL ARTÍCULO: LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS INTEGRADOS

Juan Carlos Ferrali*

I. Me corresponde comentar un artículo de alto interés clínico que se refiere a una cuestión muy actual. En efecto, la medicina basada en pruebas nos ha dejado mayores claridades para intervenir y, también, más deberes a la hora de enfrentar un caso, pero naturalmente sin proporcionarnos la totalidad de elementos con que aspiramos a contar dentro de la caja de herramientas. Es así que se configura un panorama polifacético que los autores examinan con objetividad y sentido crítico. Mis comentarios se proponen analizar una conjunción variada de elementos considerados por ellos en su trabajo y otros conectados a los mismos:

1. El tema de la complejidad de toda problemática humana
2. Las limitaciones del modelo de ensayo clínico
3. Cierta aplanamiento de innovación en psicofarmacología que ha frenado fervores de intervención exclusivamente monoterapéutica
4. La tensión que se establece entre el contexto de investigación, contextos reales y el contexto de aplicación clínica. Tensión soportada por el profesional que atiende pacientes cuando pretende tomar decisiones apropiadas.
5. El rumbo que siguen los instrumentos de estandarización diagnóstica hacia una psiquiatría centrada en la persona, sus circunstancias históricas y el entorno presente. Por otra parte, los replanteos acerca de enfoques dimensionales en personalidad.
6. La necesidad de contar en el ámbito del diseño de políticas y en la gestión sanitaria con estudios que avalen mediante pruebas de significación estadística los resultados de eficacia y eficiencia que permitan tomar decisiones presupuestarias, para asignar recursos a tales o cuales procedimientos.

II. Es significativo el desarrollo que hacen Fernández Liria y Rodríguez Vera respecto a cierto tipo de combinación en terapéutica: psicofármacos y psicoterapia.

Desde sus orígenes, la terapéutica ha consistido en la administración de diversos procedimientos y/o agentes sobre la persona con el fin de proporcionarle consuelo, alivio y/o cura de la enfermedad que padece. La terapéutica ha sido siempre un proceso integral, ejercido por el médico en el seno de un vínculo elaborado con el paciente, base de una relación de mutuo entendimiento y confianza.

El conjunto de ideas platónicas (Cármides, Leyes) en torno a la sugestión verbal (*epodé*) y a su metódica asociación con la terapéutica farmacológica (*pharmakon*) constituyen los antecedentes más contundentes sobre la actual posición acerca de la integración y la convergencia, respaldada por pruebas muy fuertes. Recordemos que el término *pharmakon* es de naturaleza dual, utilizado por los griegos en su doble acepción, de medicamento y de veneno (Gracia Guillén, 1972; Ferrali, 1995).

Según Aristóteles, la *tekhné* es un saber hacer algo conociendo por qué y cómo se hace aquello que se hace. Pensemos entonces en nuestra *tekhné iatriqué*. El saber técnico aplicado a la acción terapéutica.

Sócrates, según Platón, reitera en el Cármides la necesaria precedencia temporal de la *epodé* respecto de la administración del *pharmakon*, para arribar al estado de *sophrosyne*, término que designa al conjunto de creencias, saberes, apetitos y virtudes, bella y ordenadamente combinados entre sí.

La pérdida de la *sophrosyne* impide que los medicamentos ejerzan su acción benéfica en plenitud y en virtud de aquello que son capaces. Es necesario, pues, con la *epodé* viabilizar la acción del *pharmakon*. (Gracia Guillén, 1972; Ferrali, 1995).

Esta combinación de la terapia por la palabra y la terapia por el medicamento, junto a otros agentes, en el mundo helénico, es sintetizada por Laín Entralgo muy bien en el siguiente párrafo: "El vínculo que los griegos vieron entre la acción de la palabra y la curación de la enfermedad era triple. El buen orden del alma siempre tiene consecuencias físicas beneficiosas, tanto en estado de salud como en estado de enfermedad. Además el buen orden psíquico sería una condición necesaria para hacer mejor y más efectiva la acción curativa de las drogas, la dieta y la cirugía. Y en el caso de la catarsis verbal aristotélica,

*Juan Carlos Ferrali
Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano
E-Mail: ferrali@fibertel.com.ar
REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 149-152
© 2008 Fundación AIGLE.

la acción de la palabra es tan intensa que funciona como si el discurso en sí mismo fuera un medicamento real" (Lain Entralgo, 1972).

Cuando hablamos de integración no debe verse en ello una perspectiva obstinada, carente de rigor. Sabemos que, en determinadas circunstancias, sistemas diferentes pueden observar una débil integración entre sí, y que además dentro de un mismo sistema cabe la posibilidad de una débil integración. Pero es menester investigar y explorar tales posibilidades, puesto que parece naturalmente apropiado reconocer los modelos integrados cuando lo son, para actuar sobre ellos en consecuencia. Es en la articulación entre fases de organización de la realidad donde parece plantearse el meollo de la cuestión.

Hagamos luz sobre un párrafo de Pedro Laín Entralgo, en su monumental Historia Universal de la Medicina, quien al introducirse hacia una terapéutica general antropológica, afirma textualmente: "*Desde los tiempos hipocráticos, y muy especialmente desde Celso tres son los grandes métodos y tres los grandes capítulos de la acción terapéutica: la farmacoterapia, la dietética y la cirugía; pero una lectura más detenida de los escritos médicos y paramédicos de la Antigüedad clásica (un examen de ellos que se extienda hasta los sofistas y Platón) mostrará claramente que la psicoterapia, principalmente bajo la forma de persuasión verbal, debe ser añadida a ese ternario elenco tradicional*" (Lain Entralgo, 1972). Hoy podríamos agregar una quinta y estupenda rama, la fisioterapia, en su acepción más amplia e integral. Vale decir actuar con todo tipo de procedimientos físicos para reducir daños y malestares, procurando invadir lo menos posible a los sistemas.

III. Sabemos que medicar no es administrar simplemente fármacos, es parte de un proceso terapéutico global y constituye una intervención de enorme complejidad, a veces no contemplada. El acto de medicar se produce a través de una relación fundada en la palabra. Recordemos que el medicamento como signo, puede ser comprendido, en nuestra opinión, en una triple entidad por donde fluyen canales de un paquete comunicativo (Ferrali, 2004):

- La señal química, portadora de los mensajes hacia la profundidad de las estructuras biológicas del cerebro. Mensajes que influyen sobre la transferencia de información en su interior.
- El símbolo del canal binario, que vincula creencia, expectativa y actitud de quien lo da y quien lo recibe.
- El símbolo social. Atravesando totalmente la cuestión, en el imaginario colectivo.

Para ser más precisos solemos hacer una distinción entre tres diferentes conceptos:

- Fármaco como señal química pura.
- Placebo como principio simbólico del canal binario y social, pero farmacológicamente vacío.
- Medicamento que cumple las tres condiciones de señal química, símbolo del canal binario y símbolo social, constituyéndose en lo que es a través de la totalidad de su naturaleza significativa.

El efecto placebo es una problemática medular acerca de la cual los autores se explayan y constituye un motivo de desvelo en nuestro proceder terapéutico. Por ello el medicamento es mucho más que fármaco y la acción terapéutica de la palabra y la relación interpersonal trascienden los manuales y protocolos de intervención. En estos clivajes, y en tantos más, transita la era de los tratamientos integrados.

El método de ensayos clínicos nos brinda pruebas de eficacia y eficiencia provenientes de contextos de investigación, regidos necesariamente por la simplificación. La realidad es esencialmente intrincada y el modelo clínico es configurado en un tercer espacio donde buscamos efectividad. Actuar entre códigos distintos conlleva a integrar en una tarea tensa y naturalmente controversial.

Diversos trabajos han logrado probar un elemento de efectividad clínica, independiente de los modelos teóricos que sustentan procedimientos clínicos. Se trata de la alianza terapéutica. Este constructo es ampliamente reconocido como la base de la acción terapéutica. Dado que incluye el factor empatía entre sus componentes, contribuye a agregar aspectos cuya investigación es dificultosa, tanto como lo es estudiar el efecto placebo, porque ellos no están incluidos en proyectos de desarrollo ligados a la rentabilidad de inversiones que se requieren como estímulo para los sistemas propios de la economía del mundo contemporáneo. Se trata de desafíos naturales para las políticas de salud pública.

Bien lo dicen los autores, no hay en nuestros territorios agentes para resolver problemas, hay relaciones interpersonales frente a los problemas. Relaciones interpersonales que operan como solucionadoras de problemas, pero también creando nuevos, a veces, o complicando los existentes, en otras.

Circula habitualmente una fantasía en el sentido que los fármacos generan efectos colaterales y las psicoterapias no. En efecto existe una creencia respecto a los efectos nocivos de los fármacos y una idealización respecto a la inocuidad de la psicoterapia. El uso de ambos procedimientos puede generar efectos no deseados y, a veces perjudiciales. En el trabajo hay abundante análisis para considerar estas cosas. También acerca de los conceptos opuestos que depositan poderes mágicos en los medicamentos y

una supuesta inutilidad de la terapéutica basada en modos vinculares y palabras.

IV. Las fuentes que sirven de base para el trabajo de los autores son excelentes. Comenzando por la publicación en *Psiquiatría Pública*, con la firma de uno de ellos (Asiel Rodríguez y Fernández Liria, 2000) y pasando por el artículo de Jindal y Thase (2003), como significativos antecedentes, hasta los meta-análisis que constituyen el material central para la metodología escogida.

Acerca de las limitaciones del modelo de ensayo clínico Fernández Liria y Rodríguez Vera aportan claridad. Podemos entender que proponen su desarrollo. Mayor apertura y mejor precisión. Es que los criterios de exclusión, y la duración de los estudios permiten abarcar universos reducidos que son muestra de pequeñas porciones de la realidad. Entonces, en el encuentro entre pocas pruebas y casos complejos sucede que buena parte de nuestra actividad está poco referida a estudios. Mejor dicho, las pruebas requieren de la interpretación clínica. Carecemos de mediciones bioquímicas específicas, para gran parte de los problemas que abordamos y los diagnósticos por imágenes recién despuntan, a diferencia de otros campos de la salud. Contamos con un desarrollo más sólido en escalas, métodos de evaluación psicológica, neurocognitivos y entrevistas estructuradas, y usamos estos procedimientos cada vez más. Medimos, evaluamos y procuramos generar prácticas que se traduzcan en resultados controlables.

Hoy, la patología mental compleja es la regla. E investigar complejidad es sumamente difícil. Las guías de práctica clínica proporcionan algún soporte fundadas en amplios consensos de expertos.

El formato diagnóstico multiaxial permite adentrarse un poco más en lo complejo. Mencionábamos las expectativas acerca de los nuevos instrumentos de estandarización diagnóstica. Una psiquiatría centrada en la persona requiere del pleno desarrollo de la totalidad de ejes donde se organizan las diferentes facetas del fenómeno clínico personal. Necesitamos sistemas operativos de diagnóstico ampliamente compatibles y a la altura de las demandas actuales con el objeto de evitar la dispersión en los criterios aplicados para identificar problemas específicos. No soy amigo de retroceder atomizando el campo. Hay que trabajar avanzando en la producción de criterios válidos y confiables. Todo parece indicar que vamos en buen camino. Pero admitamos que aquí hay un asunto de debate.

V. Cuando comencé mi formación profesional, casi cuatro décadas atrás, la articulación de procedimientos terapéuticos, eso que hoy llamamos tratamientos

integrados, era natural. En el Servicio de Mauricio Goldenberg, en Lanús, combinábamos técnicas y herramientas en un clima de apertura, innovación, tolerancia y dentro de un marco ético que imprimió los fundamentos de un modelo en el campo de la Salud Mental para ser aplicado en lo público y, por ende, accesible a la población en su conjunto. Las razones de gestión sanitaria nos acompañaron al unísono con las de la efectividad clínica y una ética de las relaciones interpersonales. Pero hoy vivimos tiempos diferentes, tiempos para mejorar aquella siembra.

Entre aquel entonces y este, han tenido lugar muchos hechos. Los modernos instrumentos de diagnóstico estándar dominan buena parte de la escena, a partir del DSM III de 1980. Los ensayos clínicos obtuvieron mayor alcance y significación estadística. Ciertos modelos psicoterapéuticos fueron probados tal cual se hace con los medicamentos, como señalan Fernández Liria y Rodríguez Vera y, además, se produjo el explosivo desarrollo de la neurociencia y la tecnología aplicada a los procesos de salud-enfermedad. Surgió una nueva forma de encarar la tarea clínica en base a la medicina basada en pruebas o evidencias y se impuso la necesidad de contar con terapéuticas eficientes, con los menores efectos colaterales y a un costo accesible para la sociedad.

Cuando nos referimos a tratamientos integrados se nos plantean problemas que van un poco más allá del uso combinado psicofármacos y psicoterapia. Hoy en día se utilizan técnicas psicoterapéuticas diferentes en forma simultánea o sucesiva. Millon se refiere a la utilización simultánea con el término de psicoterapia por pareja potenciada y al sucesivo como secuencia catalítica (Millon, 2006). En general se adaptan mejor a estos esquemas la técnica cognitiva e interpersonal. La aparición de formas refractarias de patología conduce cada vez más a la politerapia. Es usual en la actualidad que atendamos un paciente depresivo con psicofármacos, procedimientos cognitivos e interpersonales. O un paciente afectado de trastorno límite con esquemas análogos. La lista puede ser extensa, por lo tanto nos hemos de contentar con esta mera ilustración.

La combinación con diferentes terapeutas es de alto costo, requiere mucha coordinación y es mejor técnicamente. La combinación en un solo terapeuta procurando una integración de elementos sinérgicos puede bajar costos pero requiere un grado avanzado de preparación y adiestramiento del terapeuta y nos convoca a reflexionar en procesos formativos. También eleva los riesgos de distorsiones técnicas.

La cuestión de terapias combinadas requiere mucha investigación. En algunos casos apenas estamos comenzando. Pero tal cual se dijo anteriormente, permite armarnos con estrategias de potenciación frente a obstrucciones por la resistencia o refracta-

riedad (conceptos que también requieren de intenso trabajo) y son caminos a recorrer en los problemas de personalidad que hoy abruma las listas de los equipos asistenciales.

El diseño de las políticas y de la gestión en Salud Mental imponen el uso racional de los recursos. Hemos bajado disputas ideológicas en pro de los beneficios para los pacientes y la sociedad y nos congregamos en torno a la ciencia y sus métodos como construcción pragmática y herramental.

El aporte que trae el artículo en torno al cual he elaborado estos comentarios nos acerca pruebas para tratar a las personas aquejadas de trastorno mental. Bienvenido entonces, felicito a sus autores y, sin duda, continuaremos transitando esta era de los tratamientos integrados, sumando comprobaciones y precisiones cada vez más fundamentadas, en la búsqueda de aumentar nuestra efectividad clínica dentro de prácticas absolutamente ligadas al desarrollo humano, fin primordial de toda sociedad.

Millon, T. Meagher, S., Millon, C., y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*, (123-156). Barcelona: Elsevier-Masson.

BIBLIOGRAFÍA

- Asiel Rodríguez, A., Fernández Liria, A. (2000). Psicoterapia y fármacos. Por fin juntos?. *Psiquiatría Pública*, 12, 3, 285-288.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica, historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 2, 205-221.
- Ferrali, J.C. (1995). Integración psicoterapia/ psicofarmacología. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 33, 43-47.
- Ferrali, J. C. (2004). Psicofarmacología para el equipo de salud mental. *Revista Hojas Clínicas de Salud Mental*, 1, 1.
- Gracia Guillén, D. (1972). *La psicoterapia verbal en la obra de Platon*. En P. Lain Entralgo y col. (Eds). *Historia Universal de la Medicina*, T II, (p.p. 146-149). Barcelona: Salvat.
- Jindal, R., y Thase, M. (2003). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve outcomes among patients with mood disorders. *Psychiatric Services*, 54, 11, 1484-1490.
- Lain Entralgo, P. (1972). *Hacia una terapéutica general antropológica*. En P. Lain Entralgo (Eds). *Historia Universal de la Medicina*. T VII, (p.p. 232-235). Barcelona: Salvat.

COMENTARIO

SOBRE EL ARTÍCULO: LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS INTEGRADOS

Emiliano Galende*

El artículo de Fernández Liria y Rodríguez Vega se hace más comprensible al leerlo en relación al contexto español y en especial a los servicios públicos de Salud Mental del país de los autores. No porque el tema sea en sí mismo "español", ya que está presente en casi todos los países de Occidente, pero sin duda el mismo refiere al debate actual de los costos de la atención para la Seguridad Social, a la eficacia de los tratamientos frente a una demanda en expansión, y a la inclusión de las psicoterapias en la atención pública. La eficacia del tratamiento propuesto está parcialmente vinculada al problema de los costos/beneficios de la atención. En España, el Boletín Oficial del Estado publica en septiembre de 2006, bajo el epígrafe de Cartera de Servicios de Atención, lo siguiente: *"Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofármaco terapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electro convulsiva y, en su caso la hospitalización"* (Boletín Oficial del Estado Nº 222, Pág. 32.664). Aparentemente incluye las psicoterapias, pero a la vez, en las especificaciones, las restringe en tiempos y frecuencia de estas prácticas. El trasfondo del tema consiste en que, frente a las demandas crecientes de la población, las prescripciones farmacológicas aparecen como el recurso más rápido y "eficaz" para silenciar los malestares. Un colega español, refiriéndose a esta situación, me señalaba hace un tiempo: *"con consultas de diez minutos cada dos meses, que es lo que tenemos, qué otra cosa puede hacerse"*.

Comparto con los autores que la combinación de psicoterapia y psicofármacos es una práctica habitual desde hace años, en la actualidad explícitamente recomendada por la O.M.S. para la atención de la depresión y otros trastornos. Pero a esto cabe agregar, como expresión del progreso de la atención, constituyendo el eje principal de las propuestas de atención de la salud mental por la misma O.M.S., la rehabilitación y los cuidados psicosociales amplios e integrados sectorialmente a las políticas de desarrollo social. Comparto también que hemos superado en gran parte los estudios que trataban de confrontar

entre los beneficios de la psicoterapia y los tratamientos farmacológicos. Nada se opone a actuar calmando los malestares con fármacos mientras la psicoterapia, y las intervenciones psicosociales, tratan de que el sujeto adquiera capacidad de actuar positivamente sobre los malestares de la vida que lo aquejan. Resulta también cierto que los estudios referidos a la eficacia de los psicofármacos (en su casi totalidad impulsados y financiados por la industria farmacéutica) no tienen equivalente en la evaluación de los resultados de la psicoterapia y los cuidados psicosociales, lo cual hace que *"no tengamos pruebas científicas de su eficacia"*. Pero en cuanto a esto, los autores nada dicen sobre el papel de la industria farmacéutica, y su red de vendedores, los médicos, en esta situación. La industria farmacéutica no solo hegemoniza la investigación neurobiológica dirigiéndola a la producción de nuevas moléculas con capacidad de actuar en diferentes trastornos anímicos, sino que tiene una política de marketing que incluye a las corporaciones de los psiquiatras, organiza simposios, congresos, publicaciones, viajes científicos y de placer para psiquiatras dedicados a difundir por el mundo y los "medios científicos", y también los medios masivos de comunicación, los beneficios de los psicofármacos. En síntesis: no estamos frente a un "problema científico", que podamos debatir en base a investigaciones racionales y objetivamente serias, estamos frente a enormes presiones de mercado que impulsan con su financiación las líneas de tratamiento que benefician a estas empresas, seguramente en mayor medida que a los pacientes que reciben estos tratamientos. Esto no cuestiona al trabajo de los autores y sus propuestas, solamente se trata de preguntarnos: ¿en que medida podemos hoy investigar estas cuestiones del lugar de los fármacos en los tratamientos psiquiátricos sin tener en cuenta la influencia y el poder de esta industria?

Pero también en este punto comienzan algunas objeciones a las propuestas de los autores. Ellos afirman que *"a los tratamientos se les exige no una justificación racional sino una demostración de eficacia"*. Pero a la vez adhieren a la llamada "Medicina basada en las pruebas", que no es otra cosa que incluir a los trastornos mentales dentro de los criterios positivistas de investigación, en este caso los ensayos clínicos, utilizados y exigidos por los Estados, como "prueba" científica de eficacia. Claro que con estas pruebas se trata, entre otras cosas, de controlar los

*Emiliano Galende

Universidad Nacional de Lanús.

E-Mail:egalende1@arnet.com.ar

REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 153-154

© 2008 Fundación AIGLE.

efectos secundarios de los fármacos, cosa difícil de pensar respecto a las psicoterapias. Esta exigencia de someter todas las prácticas en salud mental a los criterios y mediciones de los ensayos clínicos, dominante en EE.UU. y extendiéndose fuertemente en Europa, no es ajena a la hegemonía creciente de la industria y los psicofármacos, que tratan de imponer criterios de "curación" y eficacia en costo/beneficios en términos de silenciamiento de síntomas, no por cierto de solución del malestar psíquico ni de la calidad de vida, de la integración del sujeto a la sociedad ni de la autonomía de los individuos afectados. Creo que esta exigencia de los "ensayos clínicos" y las "pruebas" no es una exigencia científica, es una competencia ideológica entre modos diferentes, sino antagónicos, de comprender el trastorno mental y de abordarlo racionalmente. Se pretende estudiar la eficacia de una intervención compleja como la psicoterapia, que incluye a variables interpersonales como la persona del médico o psicólogo - como determinante de los resultados y valores humanos como ser, la calidad de vida y capacidad de autonomía - con las formas "objetivas" de administración de un fármaco y la medición de su capacidad de alterar el síntoma tratado. Algo de esto es observado por los autores al señalar, como es obvio, que la intención de estudiar la relación costos/beneficios es compleja en el caso de los tratamientos integrados de psicoterapia y fármacos, mas aún en las intervenciones de cuidados psicosociales mas amplias, ya que esto implica colocar en el centro valores que no son reductibles a presencia o ausencia de síntomas.

Finalmente creo que los autores adhieren, como lo muestra la bibliografía citada, a la tendencia impuesta en los ámbitos sajones, afín a los métodos de los ensayos clínicos mencionados, de absolutizar la investigación cuantitativa en salud mental, en desmedro de la investigación cualitativa, propia de cualquier intervención en relación con el prójimo, su estilo de vida, sus sufrimientos, sus capacidades de autonomía o sometimiento, su voluntad de vivir. La psiquiatría biológica, el gran socio de la industria farmacéutica, constituye el renacimiento del positivismo médico en psiquiatría, deja afuera a todas las psicoterapias fenomenológicas y psicoanalíticas del Siglo XX, y pretende hegemonizar la definición de todos los problemas del malestar y el trastorno mental, para aportar la solución medicamentosa. Los estudios cuantitativos que tratan de mensurar la eficacia de la intervención farmacológica son a la vez poderosos aparatos ideológicos para difundir la idea de que los trastornos psíquicos no tienen que ver con la vida social, la cultura, los estilos personales o los conflictos de la existencia; parten del supuesto, por ahora ideológico y no científico, de que son solo alteraciones del cuerpo o del cerebro.

La investigación cualitativa es la única que nos permite conocer con rigor científico la relación entre nuestras intervenciones y la calidad de vida de los individuos en tratamiento, no la presencia o ausencia de síntomas. El artículo que comentamos refiere a prevalencia asistida, es decir a individuos que han consultado a los servicios y son atendidos en sus trastornos; medir la eficacia sobre la presencia o desaparición de los síntomas no es más que girar en círculo: lo que desapareció esta semana reaparece la próxima en otro lugar o bajo otro aspecto, del cuerpo o de la mente. Si estudiáramos sobre población general, es decir prevalencia en población, ¿encontraríamos a algún semejante sin ansiedad, depresión esporádica, insomnio, angustia, ilusiones hipomaniacas y otras expresiones agudas de la mente humana? No deberíamos descuidar que la presencia del psicofármaco, junto a todas las drogas capaces de actuar sobre la conciencia, lícitas o ilícitas, forma parte de un nuevo consumo y de una nueva estrategia, en este caso fuertemente apuntalada por el psicofármaco y la industria que lo oferta en todos los medios y por todos los medios, para actuar sobre un malestar psíquico creciente que se extiende por toda la cultura y la vida social actual. En esto consiste el reconocido crecimiento exponencial de la demanda de atención en salud mental.

Adhiero con los autores a la valoración de los tratamientos integrados, pero con la salvedad del contexto y la situación en que estamos ubicados por esta complejidad de intereses que he tratado de resumir.