

La integración entre la psiquiatría y la psicología

Juan Ignacio Bustos

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 18, Nº 1, noviembre de 2012, págs. 60 a 66.

Resumen

El trabajo integrado es la coordinación entre un grupo de profesionales tras la consecución de un objetivo. Además de la exigente coordinación se requiere comunicación y diálogo permanente, complementariedad y lealtad, entre otras de sus características elementales. Una de las primeras tareas que se debe cumplir es una clara definición de objetivos y clarificación de roles. Pero ¿por qué los psiquiatras y psicólogos deberían trabajar integradamente?

La evidencia acumulada comprueba que trabajar integradamente y en equipo es un recurso que aumenta significativamente los resultados terapéuticos, entre otros de sus varios beneficios. Sin embargo, a pesar de los grandes avances en las neurociencias y psicoterapias, en la actualidad vemos como el campo de la salud mental sigue fragmentado, existiendo aún una innegable dicotomía entre la psiquiatría y la psicología, incluso muchas veces en aparente rivalidad, y en consecuencia la integración continúa siendo la excepción más que la regla.

El presente artículo tiene como objetivo tratar de advertir, a través de la revisión y el análisis de varios artículos científicos publicados y bibliografías actuales, las respuestas a los porqués de la imperiosa necesidad de generalizar el trabajo de forma integrada y poner fin a la presumida falsa dicotomía.

Además se valoraran los requisitos y características ineludibles para llevar a cabo un trabajo satisfactorio desde la perspectiva propuesta y los beneficios que esto genera. También se considerarán las condiciones particulares de cada paciente para la elección del mejor tratamiento (psicofarmacológico y/o psicológico) que se le deberá brindar.

Palabras Claves

Integración; psicoterapia; neurobiología; dicotomía; diálogo.

Summary

"Integrated work" is about coordination between a group of professionals in order to achieve a goal. In addition to the demanding coordination it requires communication and permanent dialogue, complementarity and loyalty among colleagues. One of the first tasks that must be achieved is the clear definition of targets and the clarification of the

different roles. But why psychiatrist and psychologist are supposed to work seamlessly?

The existing evidence proves that working together as a team increases significantly the therapeutic results, among other benefits. However, in spite of the great advances in neurosciences and psychotherapy, nowadays we still see the mental health field as a fragmentary field, yet existing an undeniable dichotomy between psychiatry and psychology, moreover, sometimes they seem to be rivals, being the integration between both sciences the exception rather than the rule.

The present article aims to warn to explain, by using reviews and analysis of various scientific articles and the bibliography published so far, the answers of the whys of such a need to generalize the work in an integrated way and to end with the presumed false dichotomy.

In addition to this, requirements and characteristics valued as unavoidable to fulfill the work from this perspective and its benefits. Will be consider the particular conditions of each patient will be also taken into consideration in order to choose the best treatment in each case, as far as pharmacology and psychotherapy are concerned.

Keywords

Integration; psychotherapy; neurobiology; dichotomy; dialogue.

Introducción

"El vínculo que los griegos vieron entre la integración 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 es-

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

La psiquiatría y la psicología parecen no encontrar el rumbo a la hora de trabajar integradamente y en equipo. La poca o inexistente coordinación, el nulo o escaso diálogo, la convicción irrefutable del accionar propio con desestimación o minimización del otro, los objetivos independientes y no consensuados, son algunas de las muchas características que se siguen observando a menudo entre psiquiatras y psicólogos, sosteniéndose una innegable dicotomía que tiene raíces históricas, culturales, antropológicas, religiosas y epistemológicas.

Pero ¿por qué tendríamos que trabajar de manera distinta?

Gracias a los avances de las neurociencias hoy contamos con la posibilidad de conocer las bases neurobiológicas de los diferentes trastornos psiquiátricos y los tratamientos farmacológicos más adecuados para corregirlos o atenuarlos. En las últimas décadas se comenzaron a realizar investigaciones con el objetivo de demostrar que las distintas formas de psicoterapias también podían producir cambios a nivel cerebral, a partir de la aceptación de que toda nuestra actividad mental se debe al funcionamiento cerebral. Añadido a esto, existen varias investigaciones que afirman que el trabajo integrado genera resultados terapéuticos superiores, comparados con cada uno por separado.

Objetivos

Los objetivos del presente se centran en demostrar a través de los métodos de investigación utilizados, que la dicotomía existente entre los campos de la psiquiatría y psicología no se puede sostener desde el punto de vista científico y debería dejarse de lado, para dar lugar a un trabajo integrado de forma generalizada, independientemente del tipo de psicoterapia o tratamiento psicofarmacológico aplicado. Se mostrarán las formas y características adecuadas para lograr un trabajo coordinado, complementario y simbiótico, que tiene como objetivo final mejorar la calidad de atención y lograr un mayor resultado terapéutico.

Metodología empleada

Para el presente trabajo se realizó una extensa búsqueda de múltiples estudios científicos centrados en los cambios neurobiológicos que producen diferentes formas de psicoterapias, gracias a los avances de las neurociencias y neuroimágenes, principalmente a través de la tomografía por emisión de fotón único (SPECT), la tomografía por emisión de positrones (PET), la resonancia magnética funcional (RMIf) y la resonancia magnética espectroscópica (RMIs), que han posibilitado el diseño de los mismos.

También se realizó una profunda revisión de literaturas actuales relacionadas con la integración y la salud mental.

La psicoterapia genera cambios neurobiológicos

En la actualidad, muchas investigaciones intentan demostrar a través de las distintas técnicas de neuroimagen funcional los cambios que generan las distintas psicoterapias en el cerebro. Los estudios publicados son con-

sistentes en la demostración de los cambios post psicoterapia en la actividad cerebral en pacientes con diversos trastornos mentales en comparación con sujetos sanos control. Se puede observar con frecuencia que el tratamiento restaura el cerebro a un estado al que se parecían los sujetos sanos⁽⁴⁾.

La mayoría de las investigaciones que se exhibirán se centraron en demostrar los cambios neurobiológicos producidos por algunas psicoterapias en pacientes con TOC, fobia social, fobia específica, trastorno de pánico y depresión. A continuación se mostrarán resumidamente los principales hallazgos:

- Algunas investigaciones han demostrado cambios significativos en el metabolismo de la glucosa, en la actividad del núcleo caudado o cambios en la actividad serotoninérgica, tras la utilización de terapia cognitivo-comportamental o fluoxetina, en pacientes con *trastorno obsesivo compulsivo*^(10,17). Además, si se lo combina con efectivos tratamientos farmacológicos, tal como antidepresivos (clorimipramina o fluoxetina) los índices de mejoría pueden aumentar, con probabilidad aún menor de reincidencia⁽¹⁷⁾.

- Investigaciones en pacientes con *fobia social* mostraron una disminución del flujo en la amígdala, hipocampo, cortezas periamigdalina, rinal y parahipocámpica, tanto en pacientes que habían recibido terapia cognitivo-comportamental o citalopram^(4,17).

- Otras investigaciones mostraron desaparición de la activación de la corteza prefrontal dorsolateral o disminución de la hiperactividad en la ínsula y la corteza cingulada, luego de terapia cognitivo-comportamental, en pacientes con *fobia específica a arañas*⁽¹⁷⁾.

- Un estudio publicado en 2004 (Prasko, J. et al) encontró disminución en el hemisferio derecho a nivel del giro temporal, giro frontal superior e inferior y disminución en el hemis-

ferio izquierdo en el giro frontal inferior, en el temporal medio y en la ínsula en un grupo de pacientes que padecían *trastorno de pánico*, sometidos a terapia cognitivo-comportamental⁽¹⁷⁾.

- Viinamaki et al utilizaron imágenes de SPECT antes y un año después de psicoterapia dinámica, en una paciente *con trastorno afectivo bipolar en episodio depresivo*, comparando los hallazgos con las imágenes de SPECT de un paciente con trastorno afectivo bipolar que no recibió psicoterapia y diez controles sanos. Los dos pacientes mostraron inicialmente disminución de la captación de serotonina en la corteza prefrontal y el tálamo, comparado con los controles. Después de un año, la paciente que recibió psicoterapia tenía una captación normal de serotonina⁽¹⁰⁾.

- Una investigación realizada en el 2004 (Goldapple, K. et al) encontraron, en pacientes con *depresión mayor unipolar* tratados con terapia cognitivo-comportamental, algunos cambios cerebrales comunes y algunos cambios en el cerebro diferentes cuando se los comparaba con pacientes tratados con paroxetina. Se demuestra un aumento de flujo en el hipocampo y cíngulo dorsal, y una disminución en la corteza frontal dorsal, ventral y medial, en los que recibieron terapia cognitivo-comportamental; y aumento de circulación prefrontal y disminución en el hipocampo y cíngulo en los tratados con paroxetina. Por lo tanto, la idea de que la psicoterapia y farmacoterapia producen cambios similares, no es probable para demostrarlo en general^(4,17).

- Dos trabajos encontrados se ocupan de comparar los cambios producidos por la terapia interpersonal en la *depresión mayor unipolar*. En el primero los autores encontraron que la terapia interpersonal, al igual que la

paroxetina, normalizaba el flujo sanguíneo cerebral medido por SPECT en las siguientes áreas: corteza dorsolateral prefrontal, corteza ventrolateral prefrontal y giro cingulado anterior, sorprendentemente la terapia interpersonal produjo mayores cambios en forma unilateral en el hemisferio derecho, se observó también normalización del flujo sanguíneo a nivel temporal. En el segundo trabajo, comparado con venlafaxina, mostró cambios en coincidencia con la primera investigación a nivel límbico y giro cingulado posterior derecho y activación derecha de los ganglios basales. La investigación no tuvo grupo control por lo cual la posibilidad de generalizar los resultados es relativa^(2,4).

- Kuikka; J. y cols. estudiaron dos pacientes con diagnóstico de *trastorno borderline de la personalidad comórbido con depresión mayor*. El paciente que recibió terapia psicoanalítica durante un año normalizó los niveles de serotonina (previamente disminuidos) en la corteza prefrontal medial y el tálamo respecto del paciente sin tratamiento⁽²⁾.

- La pérdida de sinapsis con o sin pérdida de neuronas podría afectarse por factores tales como el *estrés, la depresión, la edad y la neurodegeneración*. Una estrategia para tratar de promover la producción de factores de crecimiento endógenos que rescaten neuronas enfermas antes de que mueran son intervenciones tales como los psicofármacos antidepresivos, la psicoterapia, el aprendizaje y el ejercicio⁽¹⁴⁾.

Hacia el trabajo integrado

"La danza en grupo permite coreografías imposibles de realizar en forma individual. Se trata de una alternativa que es más compleja que la que puede brindar una sola persona en el escenario, pero asegura una escenografía

no solo mas llena de colores, formas y ritmos, sino que (de realizarla coordinadamente) aumenta significativamente el valor estético del resultado".

La evidencia acumulada permite sugerir que varias psicoterapias ejercen un efecto neurofisiológico al mismo nivel de los fármacos con acción psicotrópica. En resumen podríamos aseverar que, más allá de que la psicología y la psiquiatría tengan objetos de estudio de naturaleza distinta (sociocultural y natural respectivamente), ambos apuntan hacia una misma finalidad, generar cambios a nivel cerebral. Esto nos obliga a hacernos una pregunta ¿Por qué habitualmente se sigue observando una notable fragmentación entre los campos de la psiquiatría y psicología si la finalidad es similar?

La palabra integración tiene su origen en el concepto latín *integratio*. Se trata de la acción o efecto de integrar o integrarse, constituir un todo, completar un todo con las partes que faltan o hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo.

En el campo de la salud, cuando hablamos de trabajo integrado nos referimos a la coordinación entre un grupo de profesionales tras la consecución de un objetivo. La simple reunión de personas no significa constituir un equipo ni trabajar integradamente. Esto exige mucho más: coordinación, comunicación, complementariedad, lealtad, equidad, efectividad, eficiencia y economía de recursos. La sinergia es el concepto más potente del trabajo integrado⁽⁵⁾.

El trabajo integrado genera una serie de beneficios sustanciales, entre ellos, disminuye el peso en un solo profesional, distribuye la carga de trabajo, se desarrollan el respeto y la escucha, permite mayor y mejor organización, y permite obtener resultados significati-

vamente superiores al mejorar calidad de las intervenciones.

En una revisión de 13 meta-análisis sobre la combinación de psicofármacos y psicoterapia (Fernández Liria y col.) se concluye que la combinación, a diferencia de una década atrás, es la norma, y en la medida en la que ha sido comparada con las dos modalidades de tratamientos aisladas, la combinación ha demostrado mejores resultados que cada una por separado⁽⁹⁾.

Un estudio publicado por Klerman y col. sobre los beneficios del trabajo combinado concluyó que la medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico, puede mejorar las funciones cognitivas que son requeridas para la participación en la psicoterapia, puede facilitar la abreacción, y puede mejorar las expectativas, actitudes y estigmatizaciones del paciente. A su vez la psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico, y puede constituir un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento causal que proporcionaría la medicación. También en el mismo estudio se analizaron los efectos negativos del tratamiento combinado, concluyendo que la reducción de síntomas por parte de la medicación puede desmotivar al paciente para la psicoterapia, puede aumentar innecesariamente los gastos y ser sintomáticamente disruptiva⁽⁸⁾.

Para que el trabajo integrado se desarrolle satisfactoriamente es importante que exista evolución, innovación, apertura, tolerancia y ética. Los psicólogos deberán reconocer la interacción del orden "biológico" en la experiencia psicológica, así como los psiquiatras, los aspectos "psicológicos" que se revelan producto de cambios neurobiológicos. Ambos deberán manejar un lenguaje fácil, simple y sencillo para lograr una mejor comprensión de lo que se pretende transmitir. Debido a la

existencia de escuelas de pensamientos muy diversas, se propone el manejo de sistemas de clasificación multiaxial (categoriales) con el objetivo de lograr consenso y lenguaje "común" que facilite la comunicación.

Diversidad de ofertas de tratamientos

Los pacientes que consultan son personas que padecen muy diferentes y variados trastornos, y el origen de dichos padecimientos responde a muy distintas circunstancias, y dichos pacientes pueden obtener alivio por medio de diferentes recursos terapéuticos. Para cada paciente parece evidente que una modalidad de trabajo específica es la más propicia para él, por lo tanto no es posible abordar eficazmente a todas las personas que consultan con una única técnica terapéutica(6). Es por ello que al encarar una situación particular se debe reconocer la existencia de diferentes abordajes (psicofármacos, diversidad de psicoterapias, entre otros) y acordar respecto al mejor curso de acción.

Para lograr el mejor abordaje se evaluarán aspectos relacionados con la intensidad, urgencia y tiempo del problema, el significado atribuido al motivo de consulta, las capacidades psicológicas del paciente, la actitud activa o pasiva, su ideología, entendida como rechazo específico por algún recurso terapéutico en particular, y la relación entre costos en sentido amplio (esfuerzos, posible dependencia, etcétera) y resultado obtenible.

Cuando se decide combinar psicofármacos y psicoterapia, la comunicación tendrá que ser fluida y continua entre los profesionales intervinientes, con conceptualización acordada del caso, acuerdo de objetivos terapéuticos, coherencia de lo que se le transmite al paciente, debiendo contemplarse los criterios de finalización de los tratamientos debido a las posibles diferencias de duración entre el

tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico.

Conclusiones

Si bien los mecanismos biológicos que median el efecto de la psicoterapia en el funcionamiento cerebral y en el comportamiento no son todavía completamente entendidos en profundidad, ya no cabe ninguna duda que las psicoterapias generan cambios a nivel neurobiológico. En consecuencia, podría afirmarse que los tratamientos psicológicos, de alguna manera, también son biológicos.

La psiquiatría y la psicología, a través de diferentes abordajes y estrategias, confluyen en un mismo blanco, el cerebro. Ambos profesionales, a pesar de tener roles y enfoques diferentes, "juegan en el mismo equipo", por lo tanto, es inminente la necesidad de construir puentes sólidos entre ambos, para poner fin a la aún existente dicotomía.

Ante una situación particular debe reconocerse la existencia de diferentes abordajes y se tendrá que elegir la mejor opción terapéutica. Cuando se combina un tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, el trabajo debe ser integrado y bien articulado, ya que los resultados terapéuticos son mejores y la calidad de atención aumenta significativamente.

Bibliografía

1. Apreda, G.; "Neurociencias y subjetividad"; Alceon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 12, N° 1, pág 16-23; 2006.
2. Cohen, D.; "Neurobiología de la Psicoterapia Psicoanalítica", Psicofarmacología, 24. (Publicación Universitaria de Psicofarmacología y Neurociencia). 2004.

3. Dajas, F.; "Mente y cerebro: Las bases neuronales de la acción de las terapias en psiquiatría vistas desde la neurociencia"; Revista de Psiquiatría del Uruguay, 69, 11-18; 2005.
4. Etkin, A.; Pittenger, C.; Polan, J.; Kandel, E.; "Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications", The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences; Spring; 17, 2; ProQuest Medical Library pág. 145; 2005.
5. Fernández Álvarez, H.; "Integración y salud mental, El proyecto Aiglé 1977-2008"; Ed. Desclée de Brouwer; Bilbao; 2008.
6. Fernández Álvarez, H.; "Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia"; Ed. Paidós; Buenos Aires; 1992.
7. Fumark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Langstrom, B. and Fredrikson, M.; Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram of cognitive-behavioral therapy. Arch. Gen. Psychiatry, 59, 425-33; 2002.
8. Fundación AIGLE; Revista Argentina de Clínica Psicológica; Vol. XII N°1; p.p. 33-55; 2003.
9. Fundación AIGLE; Revista Argentina de Clínica Psicológica; Vol. XVII N°2; p.p. 139-154; 2008.
10. Irargorri, A.; Rosas, L.; Hernández, G.; Orozco-Cabal, L.; "Efectos neurobiológicos de la psicoterapia"; Revista Med; Vol. 17, N° 1, p.p. 75-80; 2009.
11. Kaplan; "Sinopsis de Psiquiatría"; Barcelona; Waverly Hispanica; 2004.
12. Lacy, T.; Hughes, J.; A systems approach to behavioral neurobiology: integrating psychodynamics and neuroscience in a psychiatric curriculum. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry; 34(1), p.43-74; 2006.
13. Ribé Buitrón, JM.; Pinto, T.; "Psicoanálisis, Neurobiología: El fin de una dualidad"; fuente: psiquiatria.com; 13(1); 2009.
14. Stahl, S.; "Psicofarmacología Esencial de Stahl, Bases Neurocientíficas y aplicaciones prácticas"; Tercera Edición; Grupo Aula Médica; Madrid; 2011.
15. Vaernet, A.M.; Tratado de actualización en psiquiatría, "Modelo Cognitivo", Cap. XXV; Ed. Scien; Laboratorios Casasco; Buenos Aires; 2008.
16. Valdivieso Fernández, S.; "Fundamentos y límites de la psicoterapia"; Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 23: 97-102; 1994.
17. Zamora Cabral, R.; "Efectos neurobiológicos de la terapia cognitiva"; http://www.captauru.com/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=45; generado 7 de octubre 2011