

CONVERGENCIA DE LA PSICOTERAPIA Y LA PSICOFARMACOLOGÍA: EL USO DE PROGRAMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN CONDUCTUAL DE LA MEDICACIÓN.

Mark Muse

The venture of psychologists into the area of psychopharmacology and prescription authority has been seen by some as a danger to the psychologist's traditional contributions in the diagnosis of emotional/mental conditions and their respective treatment through psychotherapy. It can be argued, however, that psychologists are in a position to prescribe medications from a unique vantage point, employing their diagnostic and psychotherapeutic skills in improving the integration of medication within the full clinical services offered the patient.

Examples of the use of psychoactive medications as an adjunct in the overall recovery of the patient are highlighted in the treatment of sexual dysfunctions, anxiety conditions, depressive disorders and chronic pain syndromes. Such cases illustrate the advantages of prescribing psychoactive medications according to the behavioral requirements of each case under study.

Key words: psychologists, psychopharmacology, prescription authority, psychoactive medications, clinical psychology

INTRODUCCIÓN

La prescripción de medicación psicoactiva ha sido mayormente una función del psiquiatra. Digo «mayormente» porque hay muchos otros especialistas clínicos que, frecuentemente u ocasionalmente prescriben medicación psicoactiva. A pesar de la postura de los psicoanalistas en favor de la psicoterapia no farmacológica (Langs, 1973), la modalidad psiquiátrica de tratamiento se basa en primer lugar en programas de medicación, con o sin apoyo psicoterapéutico complementario.

Por otro lado, los psicólogos han funcionado tradicionalmente dentro de un enfoque de apoyo/psicoterapia para el tratamiento de trastornos emocionales. Bien por una inclinación natural, o bien como resultado de una legislación restrictiva, los psicólogos han sorteado las intervenciones farmacológicas en favor de intervencio-

nes conductuales, cognitivas, emocionales o interpersonales (sistémicas).

Aunque las tendencias actuales pueden eventualmente reducir estas diferencias entre la gestión psiquiátrica y psicológica de los síndromes emocionales (tendencias como el movimiento en Estados Unidos para formar a los psicólogos en la psicofarmacología de los trastornos emocionales (McCarthy, Sammons, et al., 2003), y tendencias tales como los movimientos actuales dentro de la medicina de dar una formación a los clínicos en general y a los psiquiatras en particular, en los aspectos comportamentales de una variedad de enfermedades, físicas así como emocionales) falta mucho todavía para que llegue a hacerse realidad un plan unificado para el intercambio interdisciplinar de la formación de los profesionales de la salud mental. De hecho, en el caso de que se dé una conexión entre varias de estas disciplinas, este intercambio es probable que ocurra a nivel de postgrado (Michaelson, 1993b).

Con los años, las exigencias de la práctica clínica han convencido a los especialistas en salud mental de los beneficios de unir la psicoterapia y la psicofarmacología, uniendo la pericia de las dos disciplinas en un esfuerzo de sacar provecho mutuo la una de la otra. Un buen ejemplo de la convergencia de terapia y medicación en un enfoque multidisciplinar en la gestión de un paciente es a medicación psicoactiva prescrita conductualmente. Tal como se ha comprobado en un número de pacientes, puede obtenerse un mayor beneficio con la coordinación de programas de medicación que presentan síndromes comportamentales. Hasta la llegada de psicólogos clínicos que prescriban, esto ha tomado la forma de un clínico que determina la medicación que se necesita, mientras permite al psicólogo establecer cuándo la medicación debe administrarse. La dificultad de establecer esta forma de esfuerzo conjunto entre profesionales está, por supuesto, en el centro del movimiento a favor de psicólogos prescriptores, muy versados en las ciencias comportamentales así como en la psicofarmacología, para coordinar la administración de la medicación psicoactiva sin la redundancia de la implicación directa del médico.

Un ejemplo clásico de programas de medicación coordinados es el del trabajo de Fordyce (1976) en la población de dolor crónico. Fordyce ha demostrado de manera convincente que la prescripción incorrecta de analgésicos y otras medicaciones psicoactivas pueden exacerbar la discapacidad basada en el dolor al promover comportamientos «enfermos» disfuncionales a través del refuerzo de comportamientos desamparados tales como la inactividad y las quejas verbales. Con un paciente con dolor crónico, no es suficiente entender la complejidad que conlleva la farmacología que alivia el dolor, al igual que un médico especialista en el tratamiento del dolor que prescribe antidepresivos como un adjunto en la reducción del discomfort de la población de pacientes (Sammons, 2005); es también necesario saber cómo administrar la medicación indicada, asegurándose que hay una contingencia entre la medicación y el comportamiento, que esta contingencia sea un refuerzo de la conducta sana y no de la conducta enferma.

EL USO DE PROGRAMAS DE CONDUCTUALES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Un caso actual es el de la administración de un relajante muscular a un paciente dolorido después de que haya completado un ejercicio asignado, y no la administración de la misma droga sin la ejecución del ejercicio, o aún peor, el incremento o prolongación de la administración del fármaco, dadas las quejas de incomodidad y rechazo al ejercicio. En el primer caso el vínculo condicionado es “haz un esfuerzo para ponerte bien y serás recompensado”, mientras que el segundo ejemplo es “quéjate y evita hacer cualquier esfuerzo para estar mejor” y “serás recompensado”. Una extensión del trabajo original de Fordyce, basado en los principios de condicionamiento operante, es el uso de estados inducidos por sustancias para facilitar los vínculos condicionados clásicos para superar la PTSD (Estrés Postraumático) y otros síndromes relacionados con el dolor (Muse, 1084).

Un segundo ejemplo de medicación psicoactiva prescrita conductualmente se encuentra en el uso sensato de ansiolíticos para ciertas disfunciones sexuales. Es imperativo que el profesional que los prescriba esté bien informado sobre los efectos químicos que las distintas medicaciones psicoactivas tienen sobre la fisiología sexual (Meston, 1992), especialmente el efecto de SSRI sobre la excitación sexual y el reflejo orgásmico (Yilmaz, et al., 1999). Aún así, no es suficiente para saber la psicofarmacología de un determinado agente; es también necesario saber cómo administrar ese agente para reforzar mejor la dirección terapéutica de cualquier paciente dado. Un ejemplo de medicación conductual coordinada en el tratamiento de la disfunción sexual es el uso de un relajante muscular- ansiolítico en el manejo de vaginismo (Muse et al., 1994). El tratamiento del vaginismo es primero una cuestión de aplicar una terapia física para reconvertir el reflejo espasmódico de los músculos perineales para que la apertura vaginal “aprenda” a relajarse en lugar de tensarse durante la penetración sexual. Sin embargo, la etiología de esta queja somática es básicamente psicológica, y cualquier entrenamiento físico de la musculatura deberá ser acompañado por una resolución emocional del factor de ansiedad. Tal condición, tratada en un sentido estrictamente ginecológico, proporcionando terapia física para la reeducación muscular, sin un soporte psicológico, tiene pocas posibilidades de ser resuelta efectivamente. El manejo de la misma condición con tan solo medicación para reducir las contracciones musculares también corre gran peligro de fracaso si se ignora el componente fóbico de la disfunción psicosomática. En esta misma línea, un enfoque puramente psicológico a modo de “terapia de charla” es como máximo un tratamiento parcial que dará un resultado no efectivo si dejamos que las contracciones musculares reflejas se resuelvan por sí solas. Un enfoque integrado para el vaginismo requiere la prescripción de medicación para la relajación muscular que acompañe un entrenamiento físico de los músculos implicados para obtener el efecto deseado, junto con un descondicionamiento psicológico de la respuesta fóbica. Siguiendo los

principios de la teoría del aprendizaje, es mejor recetar el ansiolítico de manera que reduzca la tensión muscular durante las sesiones de entrenamiento ayudando y reforzando a la paciente en sus esfuerzos para la recuperación. El valium, opción a escoger en esta condición, se prescribe tan solo durante las sesiones de entrenamiento. No se prescribe rutinariamente para aliviar la ansiedad y tensión generalizada entre sesiones. Se reservan sus efectos placenteros para aquellos momentos en los que el paciente se enfrenta a su fobia, y nunca cuando la está evitando.

El mismo principio de usar ansiolíticos sólo durante la exposición de la situación fóbica es generalizable a casi todas las fobias (Alario, 1993). Un caso podría ser el de entrenamiento de habilidades sociales para superar la timidez y no asertividad. En tales condiciones el uso de medicación ansiolítica está indicada cuando los procedimientos de relajación tales como la relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno y las técnicas cognitivas de inoculación de estrés no bastan para reducir la ansiedad a un nivel manejable. De nuevo, el ansiolítico se prescribe conductualmente, utilizándose de manera contingente al esfuerzo para mejorar el componente conductual del síntoma bajo tratamiento. Se administra el ansiolítico inmediatamente antes de empezar la conducta social temida, conducta social que normalmente ha sido entrenada previamente en la consulta. El ansiolítico da confianza al paciente extremadamente ansioso, reduce su nivel de estrés y refuerza sus esfuerzos para recuperarse al conferirle apoyo precisamente en el momento que se está ejercitando al máximo para sobreponerse a su dificultad.

El uso de medicación antidepresiva para reforzar las metas de los tratamientos cognitivo-conductuales plantea la necesidad de un enfoque distinto; el efecto paliativo del antidepresivo no es tan inmediato como en el caso de los ansiolíticos y no promueve un vínculo reforzante entre la conducta fácil-medicación. Por este motivo, la facilitación de la conducta determinada terapéuticamente a través del refuerzo directo de la medicación no es el objetivo en la prescripción conductual de la medicación antidepresiva. Más bien, la utilidad primordial de los antidepresivos de acción lenta es permitir un nivel óptimo de energía, atención y motivación en el paciente vegetativo de modo que la psicoterapia pueda ser implementada posteriormente promocionando la adquisición de comportamientos y cogniciones funcionales y no depresivas. En este caso, el uso de medicación antidepresiva deberá reservarse para aquellos pacientes que de otro modo no estarían dispuestos a la psicoterapia, y su interrupción deberá iniciarse al tiempo que el paciente recupera su auto-eficacia (Beck, 1979). El uso coordinado de antidepresivos a fin de promocionar metas psicoterapéuticas puede parecer auto-evidente para quienes sostienen actitudes interdisciplinarias y eclécticas. Pero, por desgracia, los beneficios de un esfuerzo psicofarmacológico-psicoterapéutico coordinado para promocionar de manera óptima la recuperación de una depresión no está tan universalmente aceptada por la práctica clínica como uno desearía. Existen todavía psicólogos que permiten que sus pacientes sostengan depresiones vegetativas innecesariamente.

te cuando una consulta con un médico podría acelerar la recuperación del paciente, igual que hay médicos, muchos de ellos psiquiatras, que rutinariamente confían, casi exclusivamente, en la medicación antidepressiva cuando gran parte de sus pacientes estarían mejor sin las complicaciones de la medicación, siguiendo una psicoterapia. De nuevo, un enfoque multidisciplinar que respete las virtudes y limitaciones de cada modalidad de tratamiento alcanzará mayores logros terapéuticos que un enfoque unidimensional para el tratamiento de la depresión; y es precisamente el psicólogo médico quien mejor ejemplifica este enfoque multidisciplinar.

Si debe haber una convergencia entre el tratamiento psicofarmacológico y la psicoterapia, esta integración es más probable por las demandas prácticas de la atención sanitaria que por cualquier aproximación teórica entre las perspectivas yuxtapuestas entre psicología y psiquiatría. El pragmatismo ecléctico (Lazarus, 1991;1992) sostiene que lo que funciona debería ser utilizado de nuevo, y lo que no funciona, desestimado. Mientras resulta cada vez más evidente que los psicólogos médicos, al combinar lo psicofarmacológico con lo psicoterapéutico, hacen una contribución única en el manejo de los trastornos emocionales, la emulación inevitable de esta práctica sintetizará lo que ha sido un cuidado del paciente disparatado y descoordinado. Claro está que esta síntesis no es inminente entre nosotros; pero igual de claro está que las posiciones teóricas y filosóficas, sin mencionar las ideologías dogmáticas, a pesar de resistentes al cambio, eventualmente sucumben al peso de la realidad. Con el tiempo, la realidad probablemente será que, una vez prevalega el pragmatismo en este campo, cada vez habrá menos resistencia a la psicofarmacología conductualmente dirigida.

La incursión de los psicólogos en el área de la psicofarmacología y la autorización prescriptiva se ha observado como un peligro para la contribución tradicional del psicólogo en el diagnóstico de las condiciones emocionales/mentales y su respectivo tratamiento a través de la psicoterapia. Se podría argumentar, aún así, que los psicólogos están en la posición de prescribir medicamentos desde una posición estratégica única, utilizando sus habilidades diagnósticas y psicoterapéuticas para mejorar la integración de la medicación dentro del total de servicios clínicos ofrecidos al paciente. Hay ejemplos destacados de la utilización de medicación psicoactiva como complemento a la recuperación total del paciente, dentro del tratamiento de las disfunciones sexuales, condiciones ansiosas, trastornos depresivos y síndromes de dolor crónico. Estos casos ilustran los beneficios de la prescripción de medicación psicoactiva de acuerdo con los requisitos comportamentales en cada caso.

Palabras clave: Psicólogos, psicofarmacología, autorización prescriptiva, medicamentos psicoactivos, psicología clínica

Referencias bibliográficas

- ALARIO, S. (1993). *Estudio de Casos en Terapia del Comportamiento*. Valencia, Spain: Promolibro.
- BECK, A., RUSH, A., SHAW, B., & EMERY, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- FORDYCE, V.S. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. St. Louis, MO: Mosby.
- LANGS, R. (1973). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson, Inc.
- LAZARUS, A. A. & MESSER, S. B. (1991). Does Chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 143-158.
- LAZARUS, A. A. (1992). *Personal Correspondence*.
- MCCARTHY, K. (1991). What you should know if you plan to prescribe. *APA Monitor*, 22, 26.
- MESTON, C. (1992). Psychoactive drugs and human sexual behavior. *Journal of psychoactive Drugs*, 24.
- MICHAELSON, R. (1993a). Behavior gets big billing in medical schools today. *APA Monitor*, 24, 56.
- MICHAELSON, R. (1993b). Psychologists build bridges with other health providers. *APA Monitor*, 24, 38-39.
- MUSE, M. (1984). Narcosynthesis in the treatment of posttraumatic chronic pain: A case study. *Rehabilitation Psychology*, 29, 113-118.
- MUSE, M. FRIGOLA, G. . DEL RIO, R.. & MCFARLAND, D. (1994). *Tratamiento de disfunciones Sexuales: Manual Terapeutico*. Madrid: TEA Ediciones. S.A.
- MUSE, M. & MCFARLAND, D. (1994). Convergence of psychology and psychiatry: The use of behaviorally administered medication schedules. In Olukotun (Ed.) *The Proceedings of the Second International Conference on Psychotherapy Integration; Lyon, France*. Guadalajara, Mexico: IAEP Publications.
- SAMMONS, M. (2005). Management of pain with psychotropics: A brief introduction. *The Register Report*, 31, 35-37.
- SAMMONS, M., ULLMANN PAIGE, R., AND LEVANT, R. (2003). *Prescriptive Authority for Psychologists: A History and Guide*. Washington, DC: APA.
- YILMAZ U, TATLISEN A, TURAN H, ARMAN F, AND EKMEKCIOGLU O. (1999). The effects of fluoxetine on several neurophysiological variables in patients with premature ejaculation. *Journal of Urology*, 161, 107-111