



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

17

LOS TRATAMIENTOS
EN PSIQUIATRÍA

Aquilino Polaino-Lorente
Javier de las Heras

El carácter de los trastornos psiquiátricos (que deben incluirse dentro de los modelos biopsicosociales) exige una puesta en marcha de procedimientos y estrategias de intervención muy variados: la psicofarmacología, la socioterapia, la modificación de conducta, la terapia cognitiva, la laborterapia, la psicoterapia antropológica o la terapia de familia, entre otras.

En las líneas que siguen trataremos de pasar revista a los diversos tratamientos psiquiátricos y psicológicos cuya validez es en la actualidad incuestionable, una vez que han probado ser eficaces para combatir el sufrimiento.

Psicofármacos

Fármacos ansiolíticos

Se utilizan para disminuir la ansiedad en todas sus formas. Están indicados en el tratamiento de las neurosis, estados de ansiedad generalizada, en las crisis de angustia o ataques de pánico, fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno por estrés postraumático, etc. También se utilizan en los trastornos somatoformes, en los disociativos y en muchos otros trastornos que suelen cursar con ansiedad como depresión, el alcoholismo, el abuso de sustancias, anorexia nerviosa, algunos trastornos de personalidad, enfermedades psicosomáticas, etc.

Los ansiolíticos más comunes, entre los comercializados en España, son los siguientes:

FAMILIA	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL
Derivados de la Benzodiazepina	Alprazolam Bentazepam Bromazepam Camazepam Clobazam Clonacepam Cloracepato- dipotásico Clordiacepóxido Clotiacepam Cloxazolam Diacepam Ketazolam Lorazepam Medazepam Oxacepam Pinacepam Pracepam Temacepam	TRANKIMAZIN TIADIPONA LEXATIN ALBEGO CLARMYL NOIAFREN RIVOTRIL NANSIUS. TRANXILIUM HUBERPLEX. LIBRIUM. PALIATIN DISTENSAN BETAVEL DIACEPAN LEO. DIACEPAN PRODES DIACEPLEX. NEOSOREX VALIUM SEDOTIME IDALPREM. LORAZEPAM. ORFIDAL SEDIZEPAN LASAZEPAM. NOBRIUM ADUMBRAM APLAKIL SOBILE DUNA DEMETRIN TENSO
Derivados del Propandio	Meprobamato	ANSIOWAS. DAPAZ
Derivados del Difenilmetano	Hidroxicina	ATARAX
Otros	Trimetozina Clormetiazol Buspirona	SERENITAS DISTRANEURINE BUSPAR. NAROL

En la actualidad, prácticamente sólo se utilizan como ansiolíticos los derivados de la benzodiazepina, que han superado con amplitud las ventajas de los betabloqueantes y otro derivados.

Las benzodiazepinas actúan fijándose a unos receptores cerebrales específicos, que están muy ligados con el receptor del neurotransmisor inhibitor más importante del cerebro, el ácido gammaaminobutírico

FAMILIA	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL
Derivados de la Benzodiazepina	Brotizolam	SINTONAL
	Flunitrazepam	ROHIPNOL
	Flurazepam	DORMODOR
	Loprazolam	SOMNOVIT
	Lormetazepam	LEMBROL. LORAMET. NOCTAMID SEDOBRINA
	Midazolam	DORMICUM
	Nitrazepam	HIPSAL. MOGADON. NITRAZEPAN
	Nitrodiazepam	PELSON
	Pivazepam	PLACINORAL
	Triazolam	HALCION
	Zolpidem	STILNOX
	Zopiclona	DATOLAN. LIMOVAN

La elección de una u otra sustancia dependerá fundamentalmente del tipo de insomnio. Si se trata de un insomnio de conciliación convendrá un hipnótico de vida media corta (3 horas), mientras que si se trata de insomnio interrumpido durante la noche será preferible uno de vida intermedia (5 horas). Si se trata de despertar precoz será apropiado uno de vida media larga (8 horas).

Los inconvenientes y efectos secundarios de los hipnóticos benzodiazepínicos son similares a los ya expresados a propósito de los ansiolíticos benzodiazepínicos.

Fármacos antidepresivos

Los antidepresivos sirven para normalizar un estado de ánimo descendido. La mayoría actúan aumentando las disponibilidades de serotonina y noradrenalina, otros son precursores de la serotonina o inhibidores de su recaptación. Algunos actúan inhibiendo la monoaminoxidasa (Imaos), o como inhibidores reversibles específicos de la amonoaminoxidasa tipo A (Rimas).

Están indicados en todo tipo de trastornos depresivos y también resultan útiles en el tratamiento de trastornos por ansiedad. Por ejemplo, la amipramina y algunos Imaos se han demostrado eficaces en los ataques de pánico, y la clomipramina en las neurosis obsesivas y en la ansiedad de anticipación de algunos cuadros fóbicos.

Los antidepresivos tricíclicos pueden estar indicados en la enuresis nocturna, anorexia nerviosa y en el tratamiento de síntomas depresivos concomitantes con otros trastornos psicopatológicos como el alcoholis-

mo, esquizofrenia, etc. Se han utilizado con éxito en enfermedades terminales, ya que algunos, particularmente la clomipramina, actúan con eficacia contra ciertos tipos de dolor.

Los antidepresivos más comunes entre los comercializados en España son los siguientes:

FAMILIA FARMACOLÓGICA	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
BICÍCLICOS	Trazodona	DEPRAX
TRICÍCLICOS	Amineptina Amitriptilina Amoxapina Clorimipramina Doxepina Imaprina Imipraminóxido Lofepramina Nortriptilina Trimipramina	SURVECTOR TRYPTIZOL DEMOLOX ANAFRANIL CO DOX. SINEQUAN TOFRANIL. TOFRANIL PAMOATO IMPREX DEFTAN MARTIMIL. PAXTIBI SURMONTIL
TETRACÍCLICOS	Pirindol Mapromitilina Mianserina	LIFRIL LUDIOMIL LANTANON
INHIBIDORES RECAPTACION SEROTONINA	Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina	ADOFREN. PROZAC RENEURON DUMIROX SEROXAT, FROSINOR AREMIS, BESITRÁN
PRECURSORES DE LA SEROTONINA	Oxitriptan	CINCOFARM TELESOL
RIMAS	Meclobemida	MANERIX
OTROS	Viloxacina	VIVARINT

Algunos tienen un efecto notablemente sedante, como la amitriptilina, mientras que otros producen desinhibición, como la clomipramina o los Imaos, por lo que suele ser necesaria su asociación con ansiolíticos.

Se deben administrar aumentando de modo gradual las dosis hasta llegar a niveles eficaces, para después de mantenerlas durante cierto tiempo, ir disminuyendo la dosificación.

Sus efectos secundarios más comunes consisten en sedación, sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, sensación de inestabilidad, alteraciones de la tensión arterial, etc. Se deben usar con precaución en pacientes con problemas prostáticos, con glaucoma y en algunos casos, como la maprotilina, si hubo antecedentes de epilepsia. Para cada uno en particular existen otros efectos secundarios e incompatibilidades.

Los Imaos se utilizan muy poco en la actualidad debido a sus riesgos de interacción con otros medicamentos como antidepresivos tricíclicos, levodopa, anfetaminas, simpaticomiméticos, etc., incluso semanas después de su administración. También pueden ocasionar crisis hipertensivas muy graves, incluso mortales, si se ingieren alimentos ricos en tiamina como quesos fermentados, habas, chocolate, café, té, embutidos curados, higos, pasas, vino, etc.

Los Rimans, de reciente aparición, parecen no tener estos inconvenientes, ya que al actuar de forma reversible, es muy difícil que produzcan acumulación de aminas vasopresoras exógenas.

Fármacos antimaniacos o estabilizadores del estado de ánimo

Los antimaniacos son fármacos útiles en el tratamiento y prevención de las fases maníacas de las depresiones bipolares, también llamadas psicosis maniaco-depresivas. El más eficaz es el litio, administrado en general en forma de carbonato de litio. Sin embargo, y a pesar de las numerosas investigaciones que se han llevado a cabo para intentar descubrir su mecanismo de acción, éste no está todavía claro.

Se ha comprobado que equilibra muchos procesos dependientes del calcio y que reduce la sensibilidad de muchos receptores de neurotransmisores (serotonina, dopamina, acetil colina y otros).

La administración de sales de litio es relativamente compleja, debido a sus efectos secundarios. Es necesario hacer controles periódicos para evaluar si el tratamiento está o no alterando la función renal, tiroidea, paratiroidea, cardíaca o neurológica. También puede ocasionar aumento de peso por alteración del metabolismo de los carbohidratos, reacciones dermatológicas y efectos secundarios gastrointestinales. Y es preciso evaluar con periodicidad los niveles plasmáticos de litio, ya que si son demasiado bajos, éste no resulta eficaz, y demasiado altos pueden ocasionar un cuadro tóxico. Como pauta general, se consideran adecuadas cifras entre el 0,5 y 0,8, ya que con la misma eficacia se tienen menos efectos secundarios.

De menor acción son ciertos fármacos utilizados tradicionalmente en el tratamiento de la epilepsia, como el ácido valproico o la carbamazepina. Sin embargo, constituyen una buena elección en caso de intolerancia

a las sales de litio, por ser sus efectos secundarios menos relevantes. Se ha demostrado una mayor eficacia en la prevención de estas fases maníacas cuando se administra una asociación farmacológica de alguno de estos anticonvulsivantes con sales de litio.

Peor estudiada está la posible efectividad de otros medicamentos que, según algunos trabajos de investigación, también podrían resultar útiles en caso de no poder emplear los fármacos anteriormente descritos, aunque parecen ser menos eficaces. Entre éstos se encuentra el verapamilo (antiarrítmico y antianginoso que actúa como antagonista de los iones de calcio), la clonidina (hipotensor que estimula los receptores alfaadrenérgicos) o betabloqueantes como el propranolol.

Los antimaníacos más comunes, entre los comercializados en España, son los siguientes:

FAMILIA FARMACOLÓGICA	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
SALES DE LITIO	Carbonato de litio	PLENUR
ANTICONVULSIVOS	Ácido valproico Carbamazepina Clonacepam Valpromida	DEPAKINE TEGRETOL RIVOTRIL DEPAMIDE
BLOQUEADORES DE CANALES CALCIO	Verapamilo	MANIDON
BETABLOQUEANTES	Propranolol	SUMIAL
AGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS	Clonidina	CATAPRESAN

Fármacos antipsicóticos o neurolepticos

Los antipsicóticos, también llamados neurolepticos o tranquilizantes mayores, sirven en particular para organizar el pensamiento delirante y combatir la presencia de alucinaciones, por lo que son fármacos de elección, de forma aislada o combinada con otros, en el tratamiento de las psicosis, sobre todo de la esquizofrenia.

También se utilizan en las psicosis orgánicas, psicosis por drogas, psicosis alcohólicas, depresiones delirantes, en las fases maníacas, en la paranoia y en el síndrome de Gilles de la Tourette (caracterizado por la

presencia de tics, repetición de palabras oídas y emisión, en salvas, de palabras soeces).

Entre los comercializados en España, los neurolépticos más comunes, son los siguientes:

FAMILIA FARMACOLÓGICA	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
BUTIROFENONAS	Haloperidol	HALOPERIDOL
DIBENZODIACEPINAS	Clotiapina	ETUMINA
DIBENZOXAPINAS	Loxapina	DESCONEX
FENOTIAZIDAS	Clorpromazina Decanoato flufenacina Enantato flufenazina Levomepromazina Palmitato pipotiazina Perfenazina Periciazina Pimozida Tioproperazina Tioridazina Trifluoperazina	LARGACTIL MODECATE EUTIMOX SINOGAN LONSEREN DECENTAN NEMACTIL ORAP MAJEPTIL MELERIL ESKAZINE

La gran mayoría se presentan para su administración por vía oral, aunque muchos se pueden utilizar también por vía intramuscular o endovenosa. Algunos tienen un efecto muy incisivo sobre los síntomas psicóticos como el haloperidol, mientras que otros son más sedativos, como la clorpromazina o la levomepromazina.

La pauta general de administración consiste en comenzar con dosis relativamente bajas, para ir aumentándolas en progresión hasta niveles terapéuticos en las que deben mantenerse hasta lograr la remisión de los síntomas. Después es preciso ir bajando las dosis hasta las menores posibles.

Existen algunos neurolépticos de depósito o "retard", como el decanoato de flufenazina, enantato de flufenazina o el palmitato de pipotiazina, que resultan de particular utilidad en aquellos pacientes que rechazan la medicación o se olvidan a menudo de tomarla, ya que sólo suele ser necesaria su administración en una dosis intramuscular mensual.

Entre los efectos secundarios que suelen provocar los neurolépticos destaca la sedación, que disminuye paulatinamente según se va produciendo tolerancia al fármaco y que, en cualquier caso, disminuye al bajar la dosis prescrita. Lo mismo sucede con otros efectos secundarios menores como la sequedad de boca, hipotensión ortostática, estreñimiento, visión borrosa por dificultad de acomodación, midriasis, etc.

En algunos casos pueden provocar alteraciones de la sexualidad en el hombre, como impotencia, ausencia de eyaculación o eyaculación retardada y más raramente eyaculación dolorosa. En la mujer pueden dificultar el orgasmo. Es común que aparezcan síntomas tales como rigidez, temblores, alteraciones de la marcha, etc., que obligan a disminuir las dosis o a asociar fármacos de acción anticolinérgica. Los anticolinérgicos también suelen ser útiles para corregir la acatisia que producen, a veces, los neurolépticos.

En tratamientos prolongados con neurolépticos, éstos pueden ocasionar depresiones farmacógenas, que obligan al tratamiento con anti-depresivos. Es menos frecuente con algunos como la tioridazina. Cuando se utilizan a dosis altas durante períodos prolongados, también se corre el riesgo de que se produzca una discinesia tardía, de mal pronóstico.

Se ha descrito un síndrome neuroléptico maligno, como consecuencia absolutamente excepcional de tratamientos con neurolépticos. Consiste en fiebre, efectos extrapiramidales severos, hipertensión, taquicardia, taquipnea, incontinencia, disminución del nivel de conciencia, leucocitosis y aumento de la creatinfosfoquinasa.

Aunque su principal indicación consiste en el tratamiento de todo tipo de cuadros psicóticos, algunos neurolépticos se han utilizado con éxito para combatir la ideación pertinaz de neurosis obsesivas graves, tal como ocurre con la periciazina o la trifluoperizina, que también se pueden utilizar a dosis bajas, en la cura de cuadros que cursan con intensa agresividad.

Además, la periciazina y otros neurolépticos se han utilizado con éxito a dosis muy bajas en graves trastornos de conducta de la infancia, que no respondían a otro tipo de tratamientos.

La actual disponibilidad de fármacos para combatir la ansiedad y el insomnio hace que no sea necesario recurrir a los neurolépticos con esta finalidad. Sólo cuando los hipnóticos benzodiacepínicos se hayan demostrado ineficaces en el tratamiento del insomnio y éste no se deba a malos hábitos higiénicos, pueden utilizarse a dosis muy bajas algunos neurolépticos sedativos como la clotiapina, clozapina o levomepromazina.

Fármacos antiagresivos

La agresividad surge con cierta frecuencia en muchos trastornos psicopáticos. No existen fármacos antiagresivos, en el sentido específico. Los

más utilizados clásicamente han sido los neurolépticos, con una eficacia bastante notable. También la carbamazepina parece resultar de utilidad para tratar la agresividad, en particular en aquellos casos en los que está relacionada con epilepsia del lóbulo frontal.

Las benzodiazepinas no parecen ser de utilidad en los tratamientos de la agresividad crónica, e incluso en ocasiones pueden provocar el efecto contrario. Sin embargo, algunos betabloqueantes como el propranolol sí que resultan de utilidad en muchos casos, sobre todo cuando la agresividad está relacionada con síndromes orgánicos cerebrales.

Fármacos deshabitadores

Algunos medicamentos se han demostrado de cierto provecho en la deshabitación de sustancias. En el caso de alcoholismo pueden ser eficaces, como tratamiento coadyuvante, la administración de sustancias aversivas como la carbamida cálcica o el disulfirán —que provocan reacciones adversas e inmediatas cuando se ingiere alcohol— y los implantes subcutáneos de este tipo de sustancias.

En la deshabitación de opiáceos se ha empleado la metadona con el fin de lograr cambiar una dependencia por otra de menor envergadura, y seguir así un proceso de disminución progresiva de la dependencia. Este procedimiento está en desuso desde hace años debido a su ineficacia.

Más útil parece resultar la naloxona, antagonista narcótico puro que actúa anulando los efectos propios de estas drogas, con lo que el drogadicto no logra experimentar las modificaciones que espera con su consumo. También existen algunos medicamentos que, en algunos casos, pueden ayudar a dejar de fumar.

Los fármacos más aplicados en la deshabitación a sustancias, de los comercializados en España, son los siguientes:

DEPENDENCIA	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
ALCOHOL	Carbamida cálcica Disulfirán	COLME ANTABUS
DROGAS	Metadona Naloxona	METADESIN NALOXONE
TABACO	Lobelia Nicotina polacrilex	SMOKELESS. STOPSMOKE NICORETTE

Otros psicofármacos

Existen otros psicofármacos que pueden resultar beneficiosos en el tratamiento de ciertos trastornos psicopatológicos; por ejemplo, el metilfenidato (Rubifen) se ha demostrado eficaz para la cura de algunos casos de hiperactividad infantil. También se ha utilizado en algunas depresiones inhibidas asociado a los antipresivos tricíclicos.

Psicoterapias

En la actualidad existen multitud de técnicas psicoterapéuticas. Algunos las aplican de un modo estricto y exclusivo, mientras que otros consideran que el método más adecuado es el ecléctico, es decir, adoptar según cada persona concreta todos aquellos aspectos de cada una de las técnicas que puedan resultar de utilidad, lo que, a nuestro juicio, suele ser lo más acertado.

PRINCIPALES TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA		
INDIVIDUALES	Psicoanalíticas	{ - Psicoanálisis - Psicoterapia intensiva - Psicoterapia limitada
	Terapia de apoyo	
	Terapia de conducta Terapia cognitiva	
NO INDIVIDUALES	Terapia de pareja	{ - Conductual - Psicoanalítica - Transaccional - Relacional-emotiva - Terapia sexual
	Terapia familiar	{ - Conductual - Estructural - Sistemática
	Terapia de grupo	{ - De apoyo - Psicoanalítica - Transaccional - Comportamental

Psicoterapia de orientación psicoanalítica

El psicoanálisis fue desarrollado por Freud a finales del siglo XIX, y es la técnica psicoterapéutica más antigua vigente en la actualidad. Esencialmente consiste en intentar solucionar la neurosis infantil, que se

considera como el factor responsable del trastorno actual. Las técnicas psicológicas que suelen utilizarse tras establecer una alianza terapéutica, son la asociación libre, el análisis de los mecanismos de defensa y la interpretación de la transferencia. En su origen no se recurría a tratamiento complementario con psicofármacos, aunque durante los últimos años muchos psicoanalistas están comenzando a utilizarlos, sobre todo en los trastornos afectivos. Esta técnica exige mucho tiempo de dedicación, en torno a unas 4 ó 5 sesiones semanales de aproximadamente una hora de duración cada una, durante cinco años.

Con posterioridad se han desarrollado otras técnicas psicoterapéuticas denominadas de “orientación psicoanalítica”. Entre éstas cabe destacar la psicoterapia intensiva a largo plazo, que pretende lograr un análisis de los mecanismos de defensa y de la transferencia con reconstrucción parcial del pasado, poniendo más énfasis que el psicoanálisis tradicional en el aprendizaje a través de las experiencias vividas. También se trata de una técnica que requiere mucho tiempo: dos o tres sesiones semanales, durante tres o cinco años. Con el fin de evitar esta excesiva dilatación del tiempo de tratamiento, se han desarrollado otros instrumentos de orientación psicoanalítica de menor duración.

Terapia de apoyo

Lo que pretende esta técnica psicológica es apoyar al paciente para lograr una valoración más adecuada de sí mismo y de la realidad que le permita recuperar una forma de vida satisfactoria. Para lograrlo, el terapeuta ayuda al paciente a conocerse mejor, a valorar más objetivamente sus circunstancias y acontecimientos, y a controlar sus impulsos y emociones; todo ello consigue mejorar sus relaciones interpersonales y orientar sus problemas y conflictos, referidos sobre todo al presente y al futuro.

Terapia de conducta

Consiste esencialmente en la aplicación de los principios de la teoría del aprendizaje para lograr la modificación de comportamientos habituales que se consideran perjudiciales. Mediante esta técnica se identifican aquellas conductas indeseables y se las intenta sustituir por otras nuevas, más adecuadas. Para ello se utilizan una serie de refuerzos que a veces son positivos (gratificaciones inmediatas tras el comportamiento adecuado), y a veces negativos (manifestaciones de rechazo tras el comportamiento inadecuado).

Dentro de la terapia de conducta se incluye el procedimiento de “desensibilización sistemática”, técnica práctica y útil en el tratamiento de trastornos de muchas fobias. También se ha aplicado con mucha frecuencia en el tratamiento de conducta infantil.

Entre los muchos procedimientos de los que hoy dispone la terapia comportamental, cabe citar los siguientes: las técnicas de exposición pro-

longada (en vivo o en la imaginación, con y sin prevención de respuesta), el entrenamiento en relajación, y las técnicas basadas en el condicionamiento operante (administración de refuerzos positivos y negativos, economía de fichas, coste de respuesta, contratos de conducta, etc.)

Terapia cognitiva

Es una de las terapias individuales más recientes. Se trata de una técnica breve, con una duración de unas veinte sesiones. Su objetivo principal consiste en lograr la eliminación de la sintomatología del paciente mediante la modificación de algunos pensamientos que se consideran culpables de provocar o mantener activa la sintomatología.

Con este fin se realiza un análisis previo para encontrar los pensamientos negativos, las ideas irracionales y los pensamientos automáticos, a los que se intenta eliminar y sustituir por otros más convenientes mediante técnicas de control de pensamiento y la aplicación de lenguajes cognitivos particulares.

Entre los numerosos procedimientos cognitivos hoy en uso, deben mencionarse los siguientes: las técnicas de autocontrol que facilitan el cambio de conducta a través de estrategias bien probadas, como la autoobservación, los contratos de contingencias, etc. Algo parecido acontece también con las técnicas de programación conductual, mediadas por el empleo de autorecompensas y autocastigos por parte del cliente. En este mismo ámbito podría incluirse la desensibilización sistemática autoadministrada, las técnicas de control de estímulos, etc.

Procedimientos como la reestructuración cognitiva o las técnicas de resolución de problemas han manifestado ser muy eficaces para el tratamiento de la depresión, de las situaciones conflictivas, de la ansiedad social, etc. El entrenamiento asertivo y en habilidades sociales son muy beneficiosos para resolver trastornos como la ansiedad socialmente condicionada, los errores de discriminación en la percepción social, la inhibición, la timidez, etc.

Terapia de pareja

La terapia de pareja pretende introducir cambios psicológicos entre los miembros de una pareja que tienen conflictos entre sí en uno o varios sectores (social, emocional, sexual, etc.) Existen muchos tipos de terapia de pareja. Los conductuales intentan modificar los comportamientos inadecuados de ambos miembros sustituyéndolos por otros nuevos que se consideran más adecuados. A menudo se recurre para esto a una fórmula de "contrato", por la cual los dos se comprometen a intentar llevar a cabo las modificaciones sugeridas. A medida que éstas se producen, se establece un sistema recíproco de recompensas que intenta fortalecer y mantener los cambios operados.

Las terapias psicoanalíticas y de orientación psicoanalíticas consideran las dificultades actuales fruto de experiencias familiares infantiles que han dado lugar a sentimientos inadecuados, a nivel consciente o inconsciente. En la terapia transaccional se actúa analizando las transacciones entre ambos miembros de la pareja según se van produciendo, para determinar si esa persona actúa en ese momento según el papel de padre, de hijo o de adulto, con el fin de ayudarlo a comprender y corregir los comportamientos inadecuados.

La terapia relacional-emotiva se centra fundamentalmente en el problema de la "búsqueda-avoidance" de la pareja, en relación con sus vínculos emocionales. Su estrategia se basa en el análisis de las defensas generadas por el cariño, la vulnerabilidad y el temor a ser rechazado, con el fin de fortalecer un vínculo de mutuo cariño. La terapia sexual va encaminada con exclusividad a mejorar las respuestas sexuales de la pareja, y en particular, a solucionar las disfunciones sexuales de uno o ambos miembros.

Terapia familiar

La terapia de familia supone tratar a la vez a los miembros de dos (o incluso tres) generaciones de una familia, casi siempre debido a problemas psicológicos que muestran uno o más hijos.

Existen muchas variantes. Una de las más utilizadas es la de tipo conductual, que pretende cambiar las conductas impropias eliminando los refuerzos psicológicos que las mantienen, para sustituirlas por otras nuevas y deseadas, que se refuerzan con gratificaciones psicológicas.

Las de tipo estructural dan primordial importancia al estudio global de todos los patrones de comportamiento y relaciones entre los miembros de la familia, es decir, a su estructura, y actúa buscando modificaciones, no sólo en los aspectos relacionados de forma directa con el problema, sino también en otros más indirectos, pero no por eso menos importantes.

La terapia familiar sistemática entiende a la familia como un complicado sistema de interacciones y de mecanismos de neutralización. Se analizan las posibilidades de llevar a cabo un cambio en profundidad de dicho sistema, estimulando a todos los miembros de la familia en un intento de vencer las respectivas resistencias, mediante instrucciones para el freno o para el cambio, que a menudo proceden de más de dos terapias que trabajan simultáneamente.

Terapia de grupo

Es una técnica que consiste en seleccionar a unas cuantas personas con trastornos psicopáticos que tienen algunas características específicas, con la finalidad de que, guiados por un terapeuta, puedan ayudarse unos a otros a lograr un cambio beneficioso en su personalidad.

Existen muchas modalidades. En las de apoyo se busca una mejor adaptación socio-ambiental analizando en grupo los principales factores socio-ambientales, estimulándose las transferencias positivas de los miembros del grupo e incluso la dependencia entre éstos.

Las psicoanalíticas y de orientación analítica pretenden lograr una reconstrucción de la dinámica de la personalidad. Dan más importancia al pasado, al inconsciente y a los sueños, y procuran evitar la socialización del grupo, al contrario de la de apoyo.

Las transaccionales pretenden lograr cambios concretos de comportamientos perjudiciales, para lo que se centran sobre todo en el análisis de los comportamientos presentes. Se estimulan las transferencias positivas y la dependencia entre los miembros del grupo.

Las comportamentales buscan, mediante la terapia de grupo, fórmulas para eliminar síntomas psicopatológicos específicos, y centran la comunicación en éstos, al margen de las causas que hayan podido provocarlos. Intentan crear nuevos mecanismos de defensa y utilizar los refuerzos positivos que pueden ir surgiendo dentro del grupo para favorecer cambios comportamentales específicos.

Hipnosis

Las experiencias de hipnosis son muy antiguas, hasta el punto de que ya están descritas algunas manifestaciones de trance durante la Grecia clásica. La técnica se desarrolló notablemente durante los finales del siglo pasado y los principios del siglo XX. En la actualidad, se utiliza para movilizar al paciente y lograr una reestructuración que permita cambiar su punto de vista sobre su estado psicológico. Suele aplicarse en forma de autohipnosis, lo que puede resultar de utilidad para que éste logre aumentar su autocontrol en diversos aspectos emocionales, conductuales y cognitivos.

Terapia electroconvulsiva o de electroestimulación (T.E.C.)

La terapia electroconvulsiva se continúa utilizando bastante en la actualidad, aunque se aplica con anestesia y relajación muscular para evitar la mayor parte de las molestias que producía el antiguo modo de empleo. Además, los nuevos aparatos que se utilizan hoy en día son de estimulación por pulsos breves, con lo que resulta suficiente una menor energía eléctrica para lograr los mismos efectos que con los antiguos.

Este tratamiento está indicado en aquellos casos de manía o depresión (en particular si cursan con sintomatología delirante), y de esquizofrenia, cuando ha fracasado la farmacoterapia o cuando existen contraindicaciones para poder utilizarla. Por su rapidez y eficacia, también puede estar indicada cuando existe riesgo inminente de conductas peligrosas graves, como por ejemplo, de suicidio.

La TEC esta contraindicada en personas con alteraciones cardiovasculares o lesiones cerebrales graves, además de las contraindicaciones propias de las sustancias que se vayan a utilizar para conseguir la anestesia y relajación muscular de que se acompaña actualmente esta técnica.

A pesar de la "leyenda negra" que rodea a esta técnica, fruto más de las novelas que de los trabajos científicos, no es peligrosa. Las tasas de morbilidad se sitúan alrededor del 1 por diez mil, debido más que nada a la anestesia. Sin embargo, ocasiona una serie de efectos secundarios de intensidad muy variable, que consisten sobre todo en confusión, desorientación temporo-espacial y cefaleas.

La capacidad memorística parece recuperarse por completo a los seis meses del tratamiento, si bien es frecuente que estas personas pierdan para siempre buena parte de la información de lo sucedido durante el tratamiento.

Psicocirugía

La psicocirugía se continúa realizando, aunque tan sólo en algunos casos de trastornos psicopatológicos crónicos de extraordinaria gravedad, en los que han fracasado todas las otras posibilidades terapéuticas. No se trata de un tratamiento específico para ninguna enfermedad, aunque se suele utilizar sobre todo en casos con las características antes descritas de neurosis obsesivas, esquizofrenia y trastornos que cursan con intensa agresividad.

Durante los últimos años, las técnicas se basan más bien en la cirugía estereotáctica, con destrucciones del núcleo medial dorsal del tálamo u otras interrupciones quirúrgicas de vías troncoencefálicas.

Algunos han combinado estas técnicas con la introducción de itrio radioactivo o con la utilización de ondas ultrasónicas para producir necrosis locales.

Modelos de asistencia psiquiátrica

Tratamiento ambulatorio

La tendencia actual en psiquiatría es evitar, en la medida de lo posible, los ingresos psiquiátricos, por lo que en la mayoría de los casos el tratamiento se lleva a cabo de un modo ambulatorio, es decir, el paciente continúa haciendo su vida normal y tan sólo acude periódicamente a la consulta del psiquiatra, con la frecuencia que éste le indique.

El tratamiento ambulatorio implica directa o indirectamente, en muchos casos, a los familiares o personas allegadas al paciente, ya que deben colaborar en que éste siga las indicaciones terapéuticas.

Tratamiento hospitalario

Existen diversas fórmulas de hospitalización. En todas ellas, hoy en día, se trata de recortar lo más posible el período de hospitalización.

- **Hospitalización completa:** Se debe recurrir al ingreso hospitalario en aquellos casos en los que exista riesgo de suicidio, conductas muy agitadas o violentas hacia los demás, comportamientos notablemente inapropiados en el ámbito social, económico, sexual, etc., y cuando se presume que un paciente con un trastorno de cierta gravedad no va a seguir las pautas de tratamiento indicadas. Estas circunstancias son muy frecuentes en depresiones graves, durante las fases maníacas, en los períodos agudos de esquizofrenia y, en general, en todos los síndromes delirantes. También suele ser necesaria la hospitalización en los casos de alcoholismo o drogodependencias, con el fin de lograr la desintoxicación, a la vez que se les impide consumir estas sustancias durante el período de mayor riesgo.

La hospitalización puede ser cerrada o abierta, según se permita que el paciente salga o no de su habitación dentro del hospital, y que pueda o no traspasar las puertas de éste. El régimen depende ya de cada caso, aunque la pauta más generalizada es aumentar la libertad del paciente en razón de las particulares características de su sintomatología, y la evolución observada durante los primeros días de hospitalización.

- **Hospitalización de día:** Consiste en una fórmula terapéutica por la cual el paciente sólo acude al hospital por la mañana, para realizar diversas actividades (terapia de grupo, laborterapia, etc.) Al final de la tarde regresa de nuevo a su domicilio. Es una fórmula que permite llevar cierto control sobre el tratamiento y la evolución del paciente, a la vez que sirve para estimular su socialización. Es muy utilizada en la esquizofrenia, una vez que ha remitido la sintomatología aguda.

- **Hospitalización de noche:** En estos casos, el paciente pasa el día fuera del hospital pero acude a éste para cenar y pasar la noche. De este modo se puede llevar cierto control sobre la evolución y tratamiento del paciente, a la vez que se le permite continuar realizando sus actividades habituales.

Tratamiento combinado

Consiste en combinar las diversas fórmulas de asistencia psiquiátrica. La tendencia más generalizada comienza con hospitalización completa (siempre que esto sea imprescindible), para continuar lo antes posible con hospitalización de día o de noche, según cada caso particular. Posteriormente se pasa al tratamiento ambulatorio.

De este modo se pretende disminuir lo más posible los inconvenientes de la hospitalización, dando un margen progresivo de libertad y autonomía, intentando que el paciente vuelva a sus actividades habituales lo antes posible y facilitando, en ese caso, su reinserción social.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bueno, J. A.; Sabanes, F.; y Gascón, J.: *Psicofarmacología clínica*. Ed. Salvat, 1988.
- Mayor, J. y Labrador, F. J.: *Manual de modificación de conducta*. Ed. Alhambra, 1991.
- Polaino-Lorente, A.: *Introducción a la modificación de conducta para profesionales de enfermería*. Ed. PPU, 1989.