



Julio Sanjuán

2^a
edición

¿TRATAR 
la MENTE 
o TRATAR 
el CEREBRO?

Hacia una integración
entre psicoterapia y psicofármacos



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

JULIO SANJUÁN

Profesor titular de Psiquiatría Universidad de Valencia
Adjunto de Psiquiatría del Hospital Clínico
Coordinador Unidad de Primeros Episodios
INCLIVA, CIBERSAM

**¿TRATAR LA MENTE O
TRATAR EL CEREBRO?**

**Hacia una integración entre psicoterapia
y psicofármacos**

2ª edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer**

1ª edición: marzo 2016

2ª edición: diciembre 2023

© Julio Sanjuán, 2016

© EDITORIAL Desclee De Brouwer, S.A., 2016

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2837-2

Depósito Legal: BI-285-2016

Índice

Prólogo y agradecimientos	11
-------------------------------------	----

PARTE I Las bases

1. ¿Es un problema de la mente o del cerebro?	17
2. Modelos de la enfermedad mental	25
El modelo médico-psicofarmacológico	26
El modelo psico-social	30
Psicofármacos versus psicoterapia	36
Marcos de integración	44
3. ¿Cómo actúan los psicofármacos?	59
Cómo los psicofármacos cambian la mente	59
Farmacocinética	63
Farmacodinamia	66
Farmacogenética	76
De los mecanismos de acción a las hipótesis neuroquímicas	78
4. ¿Cómo actúan las psicoterapias?	85
Definiciones de psicoterapia	85
Clasificación de las psicoterapias	87
Factores comunes en todas las psicoterapias	95
Cómo la psicoterapia cambia el cerebro	102

5. Desarrollo de los psicofármacos y las psicoterapias	111
¿Cómo llega al mercado un nuevo psicofármaco?	111
De la bioquímica a los modelos animales	113
Tolerabilidad, eficacia y efectividad	115
El efecto placebo	121
De la investigación a la práctica clínica	124
Luces y sombras de la industria farmacéutica	126
¿Cómo llega al mercado una nueva psicoterapia?	130
Problemas de los ensayos clínicos en psicoterapia	133
Luces y sombras de las escuelas psicoterapéuticas	134
6. Indicaciones terapéuticas	137
Principios generales para indicación de un tratamiento . . .	137
La terapia basada en pruebas	138
¿Cuándo están indicados los psicofármacos?	143
Mal uso y abuso de los psicofármacos	151
¿Cuándo está indicada la psicoterapia?	154
Mal uso y abuso de la psicoterapia	160
Reglas generales en las indicaciones terapéuticas.	163
7. Principios generales de la formulación diagnóstica	
terapéutica	167
Sistemas de clasificación	167
El DSM-5 ventajas y limitaciones	170
Otros sistemas de clasificación	174
Formulación diagnóstica integrada	177
Formulación terapéutica integrada	184

PARTE II

Plan terapéutico integrado

8. Plan terapéutico integrado de la psicosis	199
Psicosis: concepto, hechos e interrogantes.	199
Heterogeneidad clínica y etiología de la psicosis.	202
Tratamiento de modelos explicativos	208
Plan terapéutico: Primer episodio psicótico.	217
Plan terapéutico: Psicosis crónica.	241
Tratamiento de mantenimiento: Trastorno bipolar.	247
Paradojas de la rehabilitación psico-social	250

9.	Plan terapéutico integrado de la depresión	253
	Depresión: concepto hechos e interrogantes	253
	Heterogeneidad clínica y etiología de la depresión	256
	Modelos explicativos	259
	Plan terapéutico integrado de los trastornos del ánimo	264
	Trastornos depresivos secundarios a patología médica	280
	Depresión dentro de un trastorno bipolar	282
	Cuadros depresivos reactivos-adaptativos	283
	Plan terapéutico de la depresión crónica	284
	Los antidepressivos y la filosofía budista.	285
	Cuando la psicoterapia no llega	290
10.	Plan terapéutico integrado de los trastornos de ansiedad	293
	La ansiedad: concepto, hechos e interrogantes	293
	Heterogeneidad clínica	298
	Modelos explicativos de la ansiedad	300
	Plan terapéutico integrado de la Ansiedad aguda	306
	Plan terapéutico integrado de la Ansiedad crónica	312
	¿Pueden interferir los psicofármacos en el tratamiento psicoterapéutico de la ansiedad?.	327
	Sobre la medicina alternativa e Internet	330
	Cuando los psicofármacos no curan	337
11.	Propuestas para un tratamiento integrado	341
	Creación de una alianza terapéutica	341
	Integrar no es solo combinar	342
	El antidogmatismo.	343
	Búsqueda de la mejor ayuda para cada paciente.	344
	Un marco teórico integrador.	345
	Un compromiso ético.	346

Prólogo y agradecimientos

Este libro es, en primer lugar, un manual de autoayuda para mí mismo. Cuando Manuel Gómez-Beneyto me propuso, hace cuatro años, escribir un texto sobre la integración de los psicofármacos y la psicoterapia, no lo dudé un momento. Era uno de los temas que más me habían interesado desde que empecé mis andanzas por la psiquiatría.

Pero aparte de saldar esa deuda pendiente, el ofrecimiento vino en un momento vital muy delicado para mí. Un acumulo de graves problemas familiares me habían dejado perdido y sin rumbo. El libro podía ser como un faro, un objetivo que me ayudara a recuperar la estabilidad. He coordinado cinco libros y he colaborado con capítulos en más de 50, pero nunca había escrito una monografía yo solo. Así que me puse a la tarea con entusiasmo y anuncié, con tanta ingenuidad como sinceridad, un año de plazo para la entrega. Mi idea era escribir un manual dirigido a psicólogos y psiquiatras en formación. Algo sintético y sencillo. Pero al final de ese primer año, cuando ya estaba claro que no iba a cumplir la entrega en el plazo previsto (llevaba más de 400 referencias consultadas sin contar las monografías), de nuevo, un tsunami sacudió mi vida.

Rebeca, nuera, excelente persona y experta dermatóloga, se ofreció a quitarme una horrible verruga en la espalda. Pero además de esa verruga me quitó otra mancha más pequeña y negra, que envió

a anatomía patológica. A los tres días, Rebeca me llamó por teléfono: *“tengo ya los resultados de la anatomía patológica pero... prefiero no decírtelos por teléfono, si te parece quedamos en el bar y hablamos”*. Transcurrió aproximadamente una hora desde esa conversación telefónica hasta que pude hablar con Rebeca en persona. No hace falta ser Sigmund Freud para adivinar lo que pasó por mi mente en esa lentísima hora. Con una serenidad que a mí mismo me asombró me dije: *“Bueno Julio, es un melanoma infiltrante con metástasis: te vas a morir. Con suerte te quedan dos años de vida, así que ya estás planeando a qué te dedicas en estos dos años”*.

En primer lugar sentí un hueco en el estómago al pensar que no podría ver más a mis hijos, ni tener la oportunidad de malcriar a mis nietos (todavía no nacidos). Luego mi mente saltó a meditar sobre las cosas que me habían quedado pendientes por hacer en esta vida. Tenía que cruzar navegando a vela con mis hijos el océano Atlántico y bucear en Sudáfrica para fotografiar al gran tiburón blanco. También... debía terminar este libro. Desde luego iba a estar muy ocupado en estos dos años. Finalmente el melanoma era infiltrante pero localizado, con lo que, por ahora, me queda bastante más margen del que me pronostiqué.

Este acontecimiento hizo que cambiara el enfoque del libro. Si inicialmente el objetivo era hacer algo práctico pero aséptico, después de lo ocurrido, decidí salirme de lo “políticamente correcto” y abordar, de la forma más directa y honesta posible, los apartados más polémicos (los que suelen omitirse en los libros sobre el tema). Así, este libro se fue convirtiendo en algo más que un manual. Se transformó en la oportunidad de elaborar un relato más divulgativo y más libre, de mi forma de pensar sobre los tratamientos en salud mental.

El libro se divide en dos secciones bien diferenciadas. En la primera parte analizo las escuelas doctrinales y los fundamentos del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, como aparecen, cuáles son sus indicaciones y sus controversias. En la segunda parte, describo el plan terapéutico integrado de tres grandes síndromes de la psicopatología: la psicosis, la depresión y la ansiedad. Este libro tiene pues apartados más técnicos, como el capítulo dedicado

a los mecanismos de acción de los psicofármacos o los algoritmos de tratamiento en síndromes concretos y otros más divulgativos como las secciones donde se abordan los modelos explicativos de los diferentes trastornos, o donde se relata la experiencia subjetiva con los psicofármacos.

Antes que nada, me gustaría advertir al lector que este libro no aspira a ser exhaustivo. Cuando hago un repaso del modelo psicosocial, por ejemplo, soy plenamente consciente de que la mención a las intervenciones sociales es solo testimonial. Tampoco hago una revisión de cada una de las 500 técnicas psicoterapéuticas oficiales que existen en la actualidad, ni analizo el mecanismo de acción de todas las moléculas, ni desde luego abordo todos los trastornos psiquiátricos. Quien precise de este tipo de datos deberá buscar en algunos de los excelentes tratados de psicofarmacología y de psicoterapia que ya existen en el mercado.

En segundo lugar, este libro tampoco pretende ser una guía clínica al uso. Las guías nacen, casi por definición, con vocación dogmática. Lo que aquí se sugiere se fundamenta, al menos en gran parte, en datos empíricos, pero está impregnado por mi opinión personal y está escrito para ser abiertamente discutible. El principal objetivo de este libro es, precisamente, animar a ser críticos a aquellos que empiezan su camino en la formación en salud mental o a cualquier lector con especial interés en el tema. Ser críticos con la autoridad, pero sobre todo con los dogmas. Salgan estos dogmas en forma de consejo verbal del adjunto resabiado, o en proclamas de charla científica, o se plasmen en una guía clínica o en un artículo de periódico o en una revista de alto impacto.

Este libro va dirigido especialmente a los psicólogos y psiquiatras en formación que, sin prejuicios ni contaminaciones doctrinales, intentan buscar el mejor y más honesto camino para ayudar a sus pacientes. Va dirigido también a todo aquel interesado en el campo de la salud mental, que quiera tener una visión de una psicofarmacología y una psicoterapia crítica. Una psicofarmacología que no se limite a saber el mecanismo de acción del fármaco, sino a preguntarse cómo ese medicamento está afectando a la vida y la experiencia subjetiva del paciente. Una psicoterapia que no ignore que existen

fármacos que pueden, en ocasiones, mejorar síntomas del paciente a los que la psicoterapia no llega.

Este libro no hubiera sido posible sin la ayuda desinteresada de muchos compañeros. En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a Manuel Gómez-Beneyto que además de revisar los diferentes borradores, ha sabido darme un apoyo continuo y sazonar mi mente con perlas de conocimiento, mientras degustábamos sofisticados menús en nuestros encantadores y ya rituales encuentros gastronómicos. Agradecer también a los buenos amigos: Fermín Mayoral, José Sancho-Roff, Enrique Jadresic, Eduardo Aguilar, Vicente Simón, Carmen Leal, Beatriz Rodríguez-Vega, Jordi Obiols, y Miguel Ángel González-Torres, su generosidad al leerse el primer manuscrito y darme sabios consejos que me han permitido pulir y mejorar el texto.

No puedo dejar de hacer mención también a Manuel Guerrero, director de ediciones Desclée De Brouwer, por la paciencia y el buen humor que ha tenido en la larga espera del manuscrito final.

Este libro está realizado con el ánimo de que pueda mejorar la ayuda a las personas que acuden a un terapeuta o a un dispositivo de salud mental. Son los pacientes que he atendido, a lo largo de todos estos años, la fuente principal de mi saber y el objetivo final de este libro. Mi más sincero agradecimiento a todos mis pacientes pasados, presentes y futuros. En las viñetas de casos clínicos que se presentan en el texto, se han modificado algunos datos personales y cambiado los nombres, para preservar el anonimato.

Desearía terminar este prólogo con un mensaje especial a mis hijos, Julio y Marc. Sin vosotros, me hubiera resultado imposible mantenerme a flote en estos últimos años, por ahora, los más duros de mi vida. Con vosotros se va mi espíritu cuando necesita salir de la niebla y sentir algo de alegría. Os pido disculpas pues me hubiera gustado que este libro, que os dedico, hablara del mar, de aventuras marineras y de los misterios de sus profundidades y no de algo apasionante, pero tan árido y complejo como el cerebro y la mente. Prometo que, si el azar y mi salud lo permiten, ese otro libro, el del mar y sus secretos, será mi próximo desafío.

I

Las bases

1 ¿Es un problema de la mente o del cerebro?

“Puede que estemos alucinando todo el tiempo y que lo que llamamos percepción, no sea más que escoger la alucinación que más nos permita adaptarnos a cada instante a nuestro entorno”.

—Vilayanur S. Ramachandran

“El que la ciencia pueda sobrevivir largamente depende de la psicología; es decir, depende de lo que los seres humanos deseen”.

—Bertrand Russell

Desde que empezó mi interés por la psiquiatría, ya cuando estudiaba medicina, tenía una interrogante, casi una obsesión, que aún hoy sigo planteándome. Cuando un paciente acude por un problema emocional a pedir ayuda, ¿tiene en realidad un problema de la mente o del cerebro?

Muchos lectores pensarán que ese dualismo que defendió Descartes entre la mente y el cuerpo está hoy superado. Que el cerebro y la mente son lo mismo, o mejor expresado, que la mente es producto o función del cerebro. En el plano teórico no es difícil asumir el planteamiento monista: todo lo que denominamos *actividad mental* precisa de un sustrato biológico. La compleja relación mente-cerebro,

clásico problema no resuelto de la filosofía y ahora de la neurociencia, no va a ser debatido en este libro¹. Lo que se pretende plantear aquí, no es la cuestión teórica sino el problema de las implicaciones que esto tiene en la práctica clínica.

Algunos optimistas pueden afirmar que precisamente es en la práctica clínica donde esta dicotomía está anticuada y que hoy todo el mundo tiende hacia un abordaje integrador. Puede que peque de pesimista (decía Benedetti que el pesimista es un optimista bien informado) pero mi opinión, es justo la opuesta². Las llamadas doctrinas psicosociales están cada vez más radicalizadas y se han vuelto a planteamientos muy semejantes a los que se defendieron en la llamada anti-psiquiatría de los años 70. Desde estas posturas se llega a afirmar que los psicofármacos no son más efectivos que el placebo y que lo que precisan los pacientes, son menos medicación y más intervenciones psico-sociales³. En el otro extremo, las hipótesis del reduccionismo biológico dominan, con mucho, el panorama de la investigación y la nosología de la enfermedad mental y miran, muy

-
1. Hay excelentes monografías sobre la relación mente-cerebro, tema que constituye posiblemente una de las cuestiones más difíciles de abordar de toda la ciencia. Se pueden consultar por ejemplo: POPPER, K. y ECCLES, C. *The self and the Brain: an argument for interaccionism*, Routledge. 1983. DAMASIO, A. *Y el cerebro creó al hombre*. Destino 2010. LINÁS, R. *I the vortex from neurons to self*. Bradford Book, 2002. GAZZANIGA, M. *¿Quién manda aquí? El libre albedrío y la ciencia del cerebro*. Paidós, Madrid 2012.
 2. Una anécdota que refleja esta dificultad de conciliación entre ambos modelos, fue la experiencia que viví en una reunión en Madrid hace pocos años. En esa reunión con unos 100 asistentes, en la que yo estaba de ponente, me atreví a sugerir la necesidad de conciliación e integración en España de las dos sociedades más importantes dedicadas a la salud mental: la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), con un claro enfoque psicosocial, y la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), de indudable orientación médico farmacológica. Cuando propuse esto, se provocó un tenso silencio en la sala. Ese silencio fue finalmente roto por uno de los organizadores que me dijo textualmente: “Eso que planteas Julio, está muy bien, pero... es como decirle a un aficionado del Real Madrid que se haga del Barça”. Toda la sala rió la ocurrencia con señales de consentimiento y... con las risas se acabó toda la discusión sobre mi ingenua propuesta.
 3. Para la crítica al modelo médico en psiquiatría puede consultar: MORRISON, A.P. y cols., *¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces*. Herder, Barcelona 2010, BENTALL, R. *Medicalizar la mente*. Herder, Barcelona. 2011. GONZÁLEZ PARDO, H. y PÉREZ ÁLVAREZ, M. *La invención de los trastornos mentales*. Alianza Editorial, Madrid 2007. También se pueden visitar por ejemplo algunas páginas WEB como: <http://ligaantipsiquiatrica.wordpress.com/autor-kyon/>

frecuentemente, para otro lado cuando se habla de causas o factores ambientales. Para muchos investigadores en este campo, todo lo va a resolver la revolución de las neurociencias⁴.

Volviendo a la práctica clínica, hoy disponemos de muchas formas de ayudar a una persona que sufre lo que denominamos “trastorno mental”. Pero todas esas formas de ayuda se pueden agrupar en dos grandes categorías. Por un lado están las terapias que asumen que “*lo mental*” debemos abordarlo desde una comprensión psicológica, familiar y/o social, sin entrar en qué mecanismos cerebrales pueden estar implicados. Es decir es una psicopatología “des-cerebrada”. Por otro lado, están los que defienden que todas las enfermedades de la mente son enfermedades del cerebro y que el objetivo está en encontrar la disfunción de ese cerebro y darle el tratamiento biológico apropiado para corregirla. Este es el mismo planteamiento que hace el resto de la medicina para enfermedades como la hipertensión o la diabetes. En este modelo, los aspectos subjetivos, la personalidad y el contexto del paciente son ignorados o se consideran muy poco importantes. Es decir es una psicopatología “de-mente”.

Muchos clínicos resolverían rápidamente la cuestión diciendo que hay que hacer lo que resulte mejor para cada paciente concreto. Que en algunos casos puede ser más importante la medicación y en otros la psicoterapia. Que la decisión final se debe tomar entre el juicio del clínico y, en algunos casos, la opinión del propio paciente. Se puede añadir a este relativismo ecléctico que hay pacientes para todos los gustos.

Desgraciadamente esta postura no solo no resuelve la cuestión sino que abre nuevas e importantes interrogantes. Desde la perspectiva del paciente la primera pregunta es: ¿Debo acudir a un psiquiatra para que me trate con pastillas o debo acudir a un psicólogo que me ayude a superar el problema? Desde la perspectiva del terapeuta las interrogantes se multiplican. ¿En qué casos se debe dar siempre

4. Una defensa de la revolución de neurociencias puede verse en: ANDREASEN, N. *The Broken Brain. Biological Revolution in Psychiatry*. Harper & Row, 1984. KANDEL, E.R., et al. *Principios de Neurociencia*. (5ª ed). MacGraw-Hill 2013. ANDREASEN, N. “Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness: A Project for Scientific Psychopathology”. *Science* 1997;275:1586-93.

medicación? ¿En qué situación no se debe dar nunca? ¿Ante qué problema se debe plantear una psicoterapia? En caso de que esté indicada: ¿cuál es la mejor psicoterapia para este paciente? ¿En qué situación está contraindicada la psicoterapia? ¿Cuándo es bueno combinar el tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico? ¿Qué efectos tiene la medicación sobre la psicoterapia? ¿Qué efectos puede tener la psicoterapia sobre el tratamiento farmacológico?

Hoy disponemos de buenos textos en castellano tanto de psicofarmacología como de psicoterapia. No es el objetivo de este libro hacer un compendio de ambos. De lo que no disponemos, hasta donde alcanza mi conocimiento, es de un manual que aborde las interrogantes que antes planteamos y analice la inter-relación y el efecto combinado de ambos abordajes desde un pensamiento crítico. Este es el objetivo del presente libro. Dar una visión crítica que sirva de introducción de cómo integrar la psicoterapia con los psicofármacos y permita diferenciar los hechos de las leyendas.

Pero antes de iniciar esta breve navegación por aguas turbulentas, creo que es honesto hacer un breve acto de presentación de quién es el que pilota esta nave. Desde que inicié mis estudios de medicina sentía una doble curiosidad tanto por las lecturas sobre la mente como por intentar entender el funcionamiento cerebral. Ya de estudiante de medicina combiné el interés por la investigación neurofisiológica con una formación en psicoterapia psicoanalítica. Esta formación teórica y práctica en psicoanálisis, la continué durante y después de la residencia por un periodo de diez años. Mi época de estudiante de medicina coincidió con la época de la transición de la dictadura a la democracia y con la efervescencia de los llamados modelos anti-psiquiátricos. Quise conocer, de primera mano, algún ejemplo de las reformas que planteaba este movimiento y en 1984 tuve la posibilidad de realizar una estancia de varios meses en el Instituto de Verona sur con el profesor M. Tansela. Verona era el único centro, en toda Italia, donde se aplicaba la famosa ley 180. Esa ley prohibía por decreto ingresar a los pacientes en los manicomios⁵. La

5. En relación a la polémica ley 180, como nos comentó un psiquiatra italiano, *“las leyes en Italia nunca fracasan porque sencillamente nunca se aplican”*. Fruto de esta estancia en Verona publicamos un pequeño artículo sobre nuestra visión de

inmersión en Freud y en los movimientos de psiquiatría social, la compaginé con el descubrimiento de un libro que tuvo una gran influencia en mi formación: *El Cerebro en acción* de AR Luria⁶. Luria, me entusiasmó mucho más que Freud. Con él, descubrí fascinado la posibilidad de tener una visión holística del funcionamiento cerebral. Al finalizar la carrera, justo antes de iniciar la residencia, ocurrieron dos hechos que tuvieron una gran influencia en mí. En lo emocional, me obligaron a “servir a la patria” durante 18 meses (la Marina exigía ese tiempo) ejerciendo como médico, sin ninguna experiencia, en una pequeña unidad de cuidados intensivos. Conocí de cerca la desolación y la impotencia ante la muerte y la enorme satisfacción de salvar vidas, me re-encontré con la medicina en estado puro. En lo intelectual, fue absolutamente decisiva la oportunidad que tuve, antes de empezar la residencia, de realizar una estancia en el Instituto de Psiquiatría de Londres. En este emblemático Instituto, bajo la tutoría del Prof. M. Shepherd encontré uno de los pilares que ha marcado mi manera de pensar: el espíritu crítico y la búsqueda rigurosa de la evidencia empírica. Como se decía a menudo en el Instituto: *“cualquier resultado positivo es sospechoso”*. El pensamiento crítico es, en mi opinión, la esencia de lo que denominamos pensamiento científico. El espíritu crítico es el eje, la condición *“sine qua non”* de todo mi pensamiento. Soy profunda e irremediabilmente agnóstico, en el más amplio sentido de la palabra y suscribo las palabras de Popper cuando afirma: *“A pesar de mi admiración por el conocimiento científico, no soy partidario del cientifismo, pues el cientifismo afirma dogmáticamente la autoridad del conocimiento científico; mientras que yo no creo en autoridad alguna y siempre me he resistido al dogmatismo y sigo resistiéndome, especialmente en la ciencia”*⁷.

este modelo asistencial. MUNARRIZ, M. & SANJUÁN, J. “Una experiencia de la reforma psiquiátrica italiana”. *El servicio psiquiátrico territorial de Verona sur. Anales de psiquiatría* 1986;2(1):36-43. Años más tarde, Después de la residencia, compartí durante 12 años consulta privada con Annette Kreuz, experta terapeuta sistémica <http://www.ctff-fasedos.com/equipo.php>. En las pocas ocasiones que tuve oportunidad de hacer de co-terapeuta sistémico con ella, aprendí que mi mente no estaba preparada para mantener la atención en tantas cosas a la vez, como requiere la terapia familiar.

6. LURIA, A.R. *El cerebro en acción*. Fontanella, Madrid 1974.

7. POPPER, K. *La lógica de la investigación científica*. Tecnos, Madrid 1968.