

## PSIQUIATRÍA DE RELACIONADORES TRIMODALES

FRANCESCA FOGHINI FIUMI\*

Se propone un tratamiento psiquiátrico integral para el *continuum* psicopatológico conocido como “Espectro de Trastornos Obsesivo-Compulsivos” (ETOC) que afecta a una gran parte de la población. Este esquema introduce, en la estrategia de los dos tiempos llamada por los psiquiatras “relacionadores bimodales”, un tercer tiempo para la reeducación psicosocial.

De allí el nombre de “relacionadores trimodales”, que toma como punto de partida el reconocimiento de una tercera dimensión en el paciente, en la figura de su micro y macro ambiente afectivo psicotóxico, el cual debe ser abordado dentro de las Unidades Operativas Psiquiátricas (UOP) para una verdadera reinserción social.

**Palabras clave:** Psiquiatría; Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

### TRIMODAL RELATIONATORS PSYCHIATRY

A complete psychiatric treatment is proposed for the concept of the psychopathological continuum known as Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (OCSD) that affects a significant proportion of population. This scheme or plan introduces in the two time strategy called “ psychiatrists as bimodal relationators”, a third time of psychosocial re-education, and hence the name of “trimodal relationators”.

The recognition of this third dimension is taking as a startpoint in this patient’s micro and macro affective psychotoxic environment, which must be considered within the Psychiatric Operative Units (POU) for a real social re-insertion.

**Key-words:** Psychiatry; Obsessive-Compulsive Disorder.

\* Médico Psiquiatra, Facultad de Ciencias Médicas y Escuela de Graduados de la Pontificia Universidad Católica, Santiago de Guayaquil. Jefe del Área de Unidad de Terapia Breves y Jefe de Docencia Hospitalaria del “Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce”, Guayaquil (Ecuador).

## GENERALIDADES

Para los conceptos actuales, la planificación comprensiva y completa de un tratamiento psiquiátrico integral debe considerar de forma individual las fuerzas biológicas, los estresores familiares, culturales y ambientales y los factores intrapsíquicos propios del paciente como son la autoestima, los significados del inconsciente y sus conflictos, y las representaciones interiores del Yo y del Otro <sup>(1)</sup>. Es cierto que hubo un tiempo en que se usó la psicoterapia como tratamiento de elección para los trastornos denominados "psicológicos" y la farmacoterapia para los que eran considerados prioritariamente "biológicos". Pero investigaciones recientes demostraron que las intervenciones psicoterapéuticas y las farmacológicas pueden tener efectos similares y hasta sinérgicos sobre el funcionamiento cerebral <sup>(2,3)</sup>.

Aunque la decisión de utilizar una u otra de las alternativas depende de las circunstancias y consideraciones del paciente, no deberíamos olvidar que cada una posee un blanco diferente de acción y que la farmacoterapia tiende a dar resultados más rápidos. Esto ocasiona que algunos investigadores focalicen sus tratamientos hacia la estrategia de "dos estadios o tiempos" <sup>(4)</sup>. La farmacoterapia se usa en el primer estadio para proveer alivio inmediato de los síntomas que producen el aturdimiento cognitivo (ansiedad); en un segundo tiempo o estadio, se utiliza la psicoterapia como un soporte más

tardío, duradero, individualizado y de menor carga estigmatizante.

## EL MODELO

Los psiquiatras que utilizan la combinación de psicoterapia con farmacoterapia fueron descritos por Doherty y col (1977) como "relacionadores bimodales" <sup>(4)</sup> por dirigir la farmacoterapia hacia la dimensión de las fuerzas biológicas cerebrales disfuncionales y la psicoterapia hacia los conflictos intrapsíquicos personales irresueltos. Se debería, entonces, denominar de manera diferente a quienes creemos en la existencia de una tercera dimensión en la vida de un paciente. Tal dimensión puede describirse como un micro y macro ambiente afectivo altamente psicotóxico <sup>(5)</sup>, que está incluido en las relaciones familiares y socio-culturales individuales. ¿Se podría abordar ese ambiente en una terapia? ¿Sería posible, dentro de los esquemas integrales de tratamiento para las patologías psiquiátricas, establecer una alternativa dinámica entre las manifestaciones sintomáticas y los aspectos bio-psico-socio-reeducativos?

Mi respuesta es sí, generando una propuesta de "relacionadores trimodales", donde las modalidades anteriores se mantienen en sus direcciones y se añade una tercera: el abordaje psicosocial, que esta dirigido a la familia como micro-ambiente y a las exigencias socio-culturales como macro ambiente afectivo exterior del paciente. Se trata de aproxi-

mar al paciente a un campo a el cual él pertenece, a un “proceso” de un todo o grupo de personas que interactúan entre ellas, provocando una dinámica donde lo que le sucede a uno afecta a todos y viceversa. Esto es decisivo en el momento de enfrentarse a su reinserción en el mundo exterior<sup>(6)</sup>.

Terapia significa intervenir en el mundo interior del paciente y toda modificación de él mismo, a su vez, se refleja en su comportamiento y en su manera de interactuar con la realidad externa. De la misma forma, cada intervención en el mundo sistémico (micro-macro ambiente afectivo exterior), con finalidades rehabilitativas y reeducativas, conduce a modificaciones del mundo interior del paciente, estableciéndose una retroalimentación persistente y equilibradora que puede contribuir al alivio de la patología. Se estructura así una terapéutica de “tres estadios o tiempos”, donde la farmacología y la psicoterapia psicodinámica / cognitiva-conductual ( primero y segundo estadio), cuyo objetivo directo es intervenir en las disfunciones del mundo interior, se mezclan con la terapia rehabilitativa dirigida a corregir la descompensación con el mundo exterior. Este proceso tendría que estar amparado por el sistema de Unidades Operativas Psiquiátricas UOP<sup>(7)</sup>, núcleo de la asistencia psiquiátrica articulada en las diversas estructuras y modalidades de intervención específica, para contar con “todas las medidas que le per-

mitan al paciente recuperar sus capacidades perdidas, el desarrollo de sus potenciales y la adquisición de comportamientos que le permitan moverse de manera adecuada y eficaz en sus espacios vitales”. Esa constituye, según Spivak la verdadera rehabilitación para evitar lo que todos los especialistas clínicos tememos: las recaídas y la consecuente cronificación que llena los hospitales psiquiátricos de penosos cuadros humanos vivientes<sup>(8)</sup>.

### UN EJEMPLO

Este modelo puede aplicarse al Espectro de Trastornos Obsesivo-Compulsivos -ETOC- e ilustrado en la Tabla 1. En dicho síndrome existe un *continuum* entre diversas patologías neuropsiquiátricas, que se caracteriza por pensamientos obsesivos intrusivos y conductas repetitivas. Ellos afligen aproximadamente el 10% de la población de E.U y comparten perfiles sintomáticos, manifestaciones asociadas, aspectos neurobiológicos y mejor respuesta a tratamientos específicos<sup>(3)</sup>.

A continuación, y como un intento de diseñar un esquema de tres estadios o tiempos para esta supuesta categoría de *continuum* psiquiátrico, se desglosa cada uno con las respectivas conceptualizaciones científicas que los respaldan:

#### PRIMER ESTADÍO: FARMACOLÓGICO

Se ha propuesto que los circuitos cerebrales fronto-subcorticales pueden

Tabla 1

## Agrupaciones superpuestas de los ETOC\*

**Primera Categoría:** Trastornos relacionados con pensamientos obsesivos o preocupaciones por apariencia física

**Segunda Categoría:** Trastornos relacionados con un estilo de vida impulsivo

**Tercera categoría:** Trastornos relacionados con manifestaciones compulsivas o automatismos .

T. Dismorfofóbico corporal  
T. De Despersonalización  
Hipondriasis  
Anorexia Nerviosa  
Bulimia

Compradores patológicos  
Juego patológico  
Piromanía  
Tricotilomanía  
Cleptomanía  
Compulsividad Sexual  
Conducta auto-lesiva  
T. de la Personalidad Borderline  
T. De la Personalidad Antisocial

Autismo  
S. de Asperger  
S. de Gilles de la Tourette  
Corea de Sydenham  
Tortícolis  
Ciertas Epilepsias

\* ETOC: Espectro de Trastornos Obsesivo-Compulsivos (Hollander 1996) <sup>(3)</sup>

actuar como mediadores de la expresión sintomática de cierto número de trastornos neuropsiquiátricos como esquizofrenia, depresión, TOC y Síndrome de Gilles de la Tourette, además de Parkinson y Corea de Huntington, que algunos autores han sugerido como integrantes del Espectro de Trastornos Obsesivo-Compulsivos.

Los resultados obtenidos en estudios de neuroimágenes han delimitado una hiperactividad de los circuitos orbitofrontales, ganglios basales y núcleos talámicos en los TOC. Se ha propuesto la hipótesis de un desba-

lance entre los circuitos clásicos directos e indirectos de dichas vías, caracterizado por un déficit en el núcleo caudado en su función de "filtro o represor" de los impulsos de "preocupación" provenientes de la corteza orbital o prefrontal, trasladando la función inhibitoria al globo pálido. Esto llevaría, entonces, a una disminución de la función inhibitoria del globo pálido sobre el tálamo, dando como resultado que los impulsos de "preocupación" de la corteza orbito-frontal lleguen directamente al tálamo sin el debido filtro, y de allí se dirijan a otras zonas del cerebro que median los síntomas

obsesivo-compulsivos. Los impulsos excitatorios tálamo-orbitales complementarían un circuito reverberante difícil de romper.

La serotonina y la dopamina pueden estar involucradas en la programación del tono de las vías directas de los ganglios basales. Una de las piezas de evidencia que soporta esta teoría es que la vía serotoninérgica desde el cerebro medio se proyecta fuertemente hacia la porción ventral del cuerpo estriado, el globo pálido y a los núcleos subtalámicos. Directamente, o a través de sus efectos sobre el sistema dopaminérgico, el sistema serotoninérgico puede afectar el tono a través de las vías directas o de las indirectas de los ganglios basales. Además, si se suma la posibilidad de que las drogas serotoninérgicas afectan el circuito cerebral a nivel de los ganglios basales, estos fármacos podrían también ejercer sus efectos en la corteza orbital y por tanto para el tratamiento de los ETOC sería justificado el uso de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina -ISRS-<sup>(3,8,9)</sup>.

#### SEGUNDO ESTADÍO: PSICOTERAPIA PSICODINAMICA Y COGNITIVO-CONDUCTUAL

Los síntomas de los ETOC pueden acompañar a cualquier tipo de personalidad o de organización del YO subyacente y si el "niño es el amo del hombre"<sup>(5)</sup>, una atenta evaluación psicodinámica debería poner de manifiesto la función de los síntomas en la estructura intrapsíquica global

del paciente ya que de esta depende un abordaje diagnóstico y terapéutico caracterizado por una manera de pensar tanto en lo que concierne al paciente como a sus relaciones. Dichas relaciones comprenden los conflictos inconscientes, las carencias, las distorsiones de las estructuras intrapsíquicas y de las relaciones objetales externas establecidas en el pasado y reafirmadas en el presente. Así, se ofrece una estructura conceptual coherente, dentro de la cual pueden ser prescritas todas las terapias.

De especial importancia es la interacción incipiente que hace el infante con el objeto más importante de su entorno primario (el cuidador primario/madre). Los eventos que han ocurrido durante la infancia, especialmente las transacciones con el entorno social, son grabadas o impresas -huella mnémica- de forma indeleble en las estructuras cerebrales que maduran en el primer año de vida.

La primera relación del infante, generalmente con la madre, actúa como un soporte o molde permanente para la capacidad individual de participación en todas las relaciones emocionales posteriores. Esta experiencia temprana se convierte en moldeadora del desarrollo futuro de una personalidad única en sus capacidades adaptativas autorreguladoras, como también de una vulnerabilidad o resistencia diferente a algunas formas particulares de patologías futuras que de hecho, influyen profun-

damente sobre la emergente organización de ese sistema integrado que es tan estable como adaptativo, llamado "YO".

La relación entre la dinámica de una interacción evolutiva temprana y la ontogénesis de las funciones que surgen para la autorregulación, es tal vez el problema fundamental del desarrollo. El sistema genético que programa la evolución de las estructuras biológicas y psicológicas sigue siendo activado en grandes proporciones durante los diversos estadios de la infancia y este proceso es influido activamente por los factores ambientales post-natales. Aunque los investigadores del desarrollo socio-emocional utilicen diferentes tipos de modelos psicológicos y biológicos para sus estudios, hay un acuerdo general sobre la maduración de la capacidad para la regulación emocional y la interacción social con respecto a la consecución ontogénica de la autorregulación del afecto.

Los estudios del desarrollo han concluido que la "ontogénesis de la autorregulación provee un ingreso a las estructuras de la psiquis". En recientes avances investigativos se sostiene que elevados niveles de afectos positivos y de conductas de juego representan la adaptación ontogénica del final del primer año de vida infantil. El surgimiento de estas funciones ocurre en el principio de los estadios del desarrollo, asociado a la aparición de la bipedestación y refleja un avance en la maduración de

la corteza prefrontal. Un cambio importante en el nicho ontogénico ocurre en el mismo estadio del desarrollo pero después del segundo año de vida, cuando el rol de la madre cambia de ser de un cuidador primario a un socializador. Esta alteración en el ambiente social infantil induce una disminución de las formas de adaptación socio-afectiva.

La respuesta diádica materno-infantil a esa alteración es instrumentar una maduración del sistema cortical adaptativo final o definitivo que pueda autoregular sus estados emocionales involucrando específicamente una reorganización de los circuitos de las áreas fronto-orbitales de la corteza cerebral. La maduración anatómica de las conexiones entre las áreas límbicas en el lóbulo frontal y otras áreas de la corteza ocurre en la mitad del segundo año de vida. En este mismo período se establecen las conexiones permanentes entre la corteza fronto-orbital y los sitios límbicos subcorticales mediante un proceso de "parcelación" dependiente de la experiencia socio-afectiva que enfatiza tanto a los estímulos de tipo simpático, dopaminérgicos, tegmentales ventrales y excitatorios de la etapa temprana del período de práctica (0-1 año) como a los tardíos, de tipo parasimpático, noradrenérgicos, tegmentales laterales e inhibitorios que se dan en la etapa tardía de dicho período.

Ambos sistemas catecolaminérgicos subcorticales modulan el tono de la

corteza órbita-frontal y sus características operacionales en las respuestas emotivas. La habilidad de cambiar entre estados psicobiológicos internos de alta y baja estimulación como respuesta a las alteraciones micro y macro ambientales define esencialmente la capacidad adaptativa de la autoregulación afectiva. “El cuidador primario/madre influye sobre la parcelación de estos dos circuitos límbicos en la corteza orbitofrontal infantil en maduración y por ello incide sobre el balance autonómico entre la excitación e inhibición de sus sistemas reguladores prefrontolímbicos” Este mecanismo psiconeurobiológico crea ontogénicamente las manifestaciones temperamentales duraderas de la personalidad infantil emergente <sup>(10)</sup>.

La psicoterapia cognitiva-conductual trabaja directamente sobre las cogniciones y las conductas problema para modificarlas sobre la base que son producto de un “aprendizaje inadecuado o maladaptativo, o de fracasos del mismo”. Como fundamento científico estaría el hecho de una disminución significativa del metabolismo de los núcleos caudales a través de esta terapia establecida tal vez por la creación de “nuevas redes neuronales artificiales” <sup>(11)</sup>.

Es esta una facultad otorgada por la gran plasticidad cerebral reforzada por una mejoría en las relaciones interpersonales dinámicas, que significan el cambio de paradigmas mentales y por ende de conductas, a tra-

vés de las técnica de Exposición y Prevención de la Respuesta (ERP) de la Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) y por el Método de Salkovskis <sup>(12)</sup>.

#### TERCER ESTADÍO: LA TERAPIA REHABILITATIVA Y LAS UOP

La intervención rehabilitadora debe articularse mediante dos estrategias fundamentales:

- 1.- Desarrollar las aptitudes y las habilidades del sujeto a partir de la identificación de sus necesidades.
- 2.- Desarrollar las aptitudes y las habilidades del ambiente en dirección a la amplificación y reforzamiento de la intervención operativa sobre el individuo.

El campo operativo y los instrumentos de intervención serán por lo tanto la vida cotidiana, las relaciones interpersonales, la relación entre un individuo y su ambiente familiar y social. El rol de la rehabilitación se juega en la continua tensión dialéctica entre las respuestas a las necesidades y la activación de recursos mediante la óptica integral de las Unidades Operativas Psiquiátricas (UOP). Estas Unidades constituyen el instrumento por medio del cual se realizan, en un área predeterminada (menos de 250.000 pobladores), las intervenciones, tratamientos y rehabilitaciones de naturaleza psicosocial <sup>(13)</sup>. Ellas deben operar respetando el criterio de la “continuidad terapéutica” entendida como la organización de un servicio que prote-

ge la relación equipo-paciente y la integridad del proyecto en los distintos momentos de las intervenciones<sup>(7)</sup>.

Los dominios de las UOP son:

- 1.- Los servicios psiquiátricos de diagnóstico y tratamiento dentro de los Hospitales Generales.
- 2.- Los centros psicosociales territoriales.
- 3.- Un centro residencial de terapia psiquiátrica y de resocialización.
- 4.- Uno o más comunidades protegidas.
- 5.- Pueden incluirse estructuras intermedias no residenciales como los Hospitales de Día.

De las anteriormente señaladas las que más nos interesan para este proyecto y en el orden de importancia son 3, 5 y 4. Desarrollar recursos es una condición imprescindible para realizar una buena rehabilitación, pero no es suficiente si falta el enlace con el exterior, es decir, si las habilidades adquiridas no tienen la posibilidad de articularse a lo familiar y lo social. El modelo rehabilitador de Spivak propone un programa que tiende a desarrollar comportamientos socialmente competentes en cinco áreas que definen el espacio vital: cuidado personal, habitación, trabajo, familia y espacio social y recreativo.

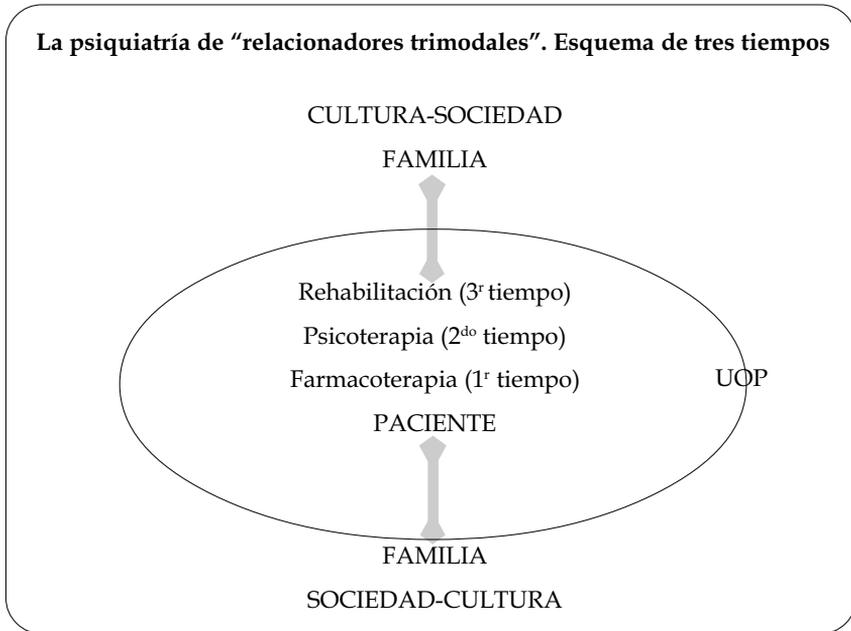
Al interior de un programa de rehabilitación es importante la relación con la familia. Crear una red de so-

porte y de comunicación saludable entre el paciente, su familia y el equipo terapéutico mejora la integración recíproca, facilita la comprensión de las necesidades y evita el riesgo de la fragmentación que lleva al sujeto a tener que relacionarse con los dos mundos: el institucional y el familiar. Muchas veces la familia tiende a asumir actitudes de pasividad y renuncia a los repetidos fracasos, a las recaídas y, sobretodo, a las situaciones con tendencia a cronificarse.

Estas expectativas negativas crean aquellas que Ciompi llama las "profecías que se autoverifican": el paciente las percibe y se convierten en causa de fracasos. Si las expectativas, al contrario, son irreales o excesivas en el momento en que son desatendidas aumentan el desasosiego en el paciente y pueden llevar a una desvalorización del tratamiento y hasta su interrupción.

La familia puede involucrarse a través de varios tipos de intervenciones como la consejería familiar conjunta, los grupos de información, los grupos de apoyo psicológicos de tipo relacional, los modelos psicoeducacionales de Fallon y la terapia familiar de tipo sistémico. El instrumento de trabajo está constituido por las UOP que tiene direcciones específicas y desempeñan una función bio-psico-socio-rehabilitativa, dirigida a programar la continua neutralización y a contrarrestar todos los elementos que conducen al camino de la cronificación entendida según Shepherd como "la pérdida de los roles social-

Figura 1



mente normales y el ingreso permanente al de enfermo" (13).

## CONCLUSIONES

La aceptación del concepto de ETOC que se ha dado en los últimos años está relacionado con el establecimiento de relaciones directas de sus manifestaciones clínicas (pensamientos obsesivos y conductas compulsivas), algunos marcadores biológicos, una hipótesis etiológica y la respuesta al tratamiento, con las de los trastornos obsesivo-compulsivos puros. Uno de los aportes más importantes de la psiquiatría en la última centuria ha sido el establecimiento de una clasificación psicopatológica dimensional, en oposición a una clasificación categorial. Los fenómenos psiquiátricos con frecuencia se pueden

encontrar dentro de un *continuum*, en el cual las categorías diagnósticas se insertan a lo largo de un espectro. Este modelo dimensional se sustenta en la superposición de síntomas y etiologías como se demuestra por los vínculos familiares, los marcadores biológicos y los estudios farmacológicos. Es por ello que el abordaje dimensional o categorial de los trastornos mentales tiene una significativa implicación para el diagnóstico, nosología, neurobiología y tratamiento. Tal grupo es susceptible de ceñirse a un tratamiento integral planificado con base en las distintas esferas para una rehabilitación integral del enfermo. En estos casos se especifican tres estadios para ser llevados a cabo en Unidades Operativas Psiquiátricas organizadas (Figura 1).

REFERENCIAS

1. Pies W R. Clinical Manual Of Psychiatric Diagnosis and treatment: A biopsychosocial Approach. Washington: American Psychiatric Press Inc; 1994.
2. Gabbard G. Tretaments of psychiatrics disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1995.
3. Hollander E. CNS SPECTRUMS. The International Journal of Neuropsychiatric Medicine. New York: MBL Communications INC. Vol, 1, Number 1; 1996.
4. Jenike M. The psychiatric of North America. Comprehensive Textbook of Psychiatry/ V. Maryland: Williams&Wilkins, Volume uno, 1990
5. Gabbard G. Psichiatria psicodinamica. Nuova Edizione basata sul DSM-IV. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1996.
6. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta y psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996.
7. Ba G. Metodología della riabilitazione psicosociale. Milano: FrancoAngeli s.r.l; 1994.
8. Gaviria M, Téllez J. Neuropsiquiatría. Imágenes del cerebro y la conducta humana. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas -JAVEGRAF-; 1995.
9. Bouldosa O, Lopez-Matos AM. Recientes avances en la configuración de la neurotransmisión serotoninérgica. Buenos Aires: Gador S.A; 1995.
10. Schore A. Affect Regulation and the Origin of the Self. The neurobiology of emotional development. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc Publishers; 1994.
11. Kolb B, Whishaw I. Fundamentals of Human Neuropsychology. New York: W. H. Feeman and Company; 1996.
12. Silva de Padmal & Rachman Stanley. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Los hechos. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A; 1995.
13. Henderson A.S. Psichiatria sociale ed epidemiologia psichiatrica. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1991.



«PERROS»  
AGUAFUERTE  
1975