



Ciencias Psicológicas

ISSN: 1688-4094

cienciaspsi@ucu.edu.uy

Universidad Católica del Uruguay

Dámaso Antonio Larrañaga

Uruguay

Ceberio, Marcelo R.
DISCORDIAS Y COMPATIBILIDADES DE UNA PAREJA TERAPÉUTICA: EL
PSICÓLOGO Y EL PSIQUIATRA
Ciencias Psicológicas, vol. 10, núm. 1, 2016, pp. 85-95
Universidad Católica del Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga
Montevideo, Uruguay

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545834009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DISCORDIAS Y COMPATIBILIDADES DE UNA PAREJA TERAPÉUTICA: EL PSICÓLOGO Y EL PSIQUIATRA

DISAGREEMENT AND COMPATIBILITIES OF A THERAPEUTICAL COUPLE: PSYCHOLOGIST AND PSYCHIATRIST

Marcelo R. Ceberio*

Universidad de Flores. Argentina

Escuela Sistémica Argentina

Resumen: Uno de los principales problemas que se construyen en la dinámica de la psicoterapia no se relaciona estrictamente con la relación terapeuta-paciente, sino específicamente con el equipo profesional. Todos hablamos de la importancia del trabajo en equipo y siempre se habla de las bondades de la interdisciplinariedad, pero son pocas las veces que se llevan a la práctica. Narcisismo, lecturas y construcciones de hipótesis cerradas y particulares, impermeabilidad al intercambio de información, lucha de poderes, monopolio de verdades terapéuticas, un todo epistemológico indeclinable que no permite el interjuego con otros profesionales. Mejor dicho, la interrelación se produce sobre constructos cerrados, mapas conceptuales que no admiten redefiniciones. Más allá de estas disquisiciones, es indiscutible que una de las parejas más importantes en el arte de la psicoterapia es la conformada por el psiquiatra farmacólogo y el psicólogo terapeuta. Dupla que se encuentra forzosamente consolidada por la necesidad de medicar algunos casos en donde el tratamiento psicoterapéutico por sí solo resultaría ineficaz. El presente ensayo analiza todas estas cuestiones e insta a la reflexión sobre las funciones que ejercen estos profesionales de la salud mental.

Palabras Clave: *psicólogo; psiquiatra; equipo profesional; interdisciplinariedad; psicoterapia*

Abstract: One of the main problems that are built into the dynamics of psychotherapy is not strictly related to the therapist-patient relation, but specifically with the professional team. We all talk about the importance of teamwork and always talk about the virtues of interdisciplinarity, but are seldom carried into practice. Narcissism, readings and closed and particular hypothesis construction, impermeability in exchange of information, power struggle, monopoly of truths therapeutic, everything makes a whole epistemological unswerving that does not allow the interplay with other professionals. Rather, the interaction occurs on closed constructs, conceptual maps that do not support redefinitions. Beyond these digressions, it is indisputable that one of the most important couple in the art of psychotherapy is made by the pharmacologist psychiatrist and the psychologist therapist. Pair which is forcibly established by the need to medicate some cases where only psychotherapeutic treatment is ineffective. This paper discusses these issues and urges reflection on the roles of these mental health professionals.

Key Words: *psychologist; psychiatrist; professional team; interdisciplinary; psychotherapy*

Psicoterapia, fármacos y diagnósticos

Antes de analizar esta magnífica pareja, debemos aclarar cuáles son los profesionales que se hallan habilitados para el ejercicio de la psicoterapia. La famosa Ley del dictador Onganía (Argentina, 1969-1971), reducía la tarea del Licenciado en Psicología solamente a la administración de test. Tarea equiparable con la labor que desarrollaba un testista recibido en un curso de 6 meses. Razón por la que se le vetaba la atención de pacientes, labor que era oficialmente

adscripta a los médicos y especialmente a los médicos psiquiatras. Esta misma dirección fue tomada por los últimos dictadores (1976-1983), que se cansaron de perseguir y secuestrar psicólogos por considerarlos subversivos, que fue una razón más que suficiente para ocultar la profesión.

La Ley 17132 -sancionada en 1967- fue ratificada por la resolución 2282 que reduce y empobrece aún más el campo de acción del psicólogo. Esta ley del "Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración" fue el

Correspondencia: Marcelo R. Ceberio. Universidad de Flores. Argentina.
Correo Electrónico: oirebec@hotmail.com

marco legal de las actividades del psicólogo que se remitían a ser un auxiliar del médico psiquiatra y administrador de test, hasta la sanción de la Ley 23.277 en 1985.

Muchas fueron las disputas de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires y la Federación de Psicólogos de la República Argentina en pos de realizar una modificación de la Ley 17.132, hasta que el 27 de setiembre de 1985, bajo el gobierno del Dr. Alfonsín y la llegada de la democracia, se sanciona la Ley 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología y se promulga el 6 de noviembre de 1985. Esta ley regula el ejercicio profesional de la Psicología, su ámbito y autoridad de aplicación, las condiciones para el ejercicio profesional, las inhabilidades e incompatibilidades, derechos y obligaciones y las prohibiciones (Ceberio et al., 2014).

Ya hace más de 30 años que esa ley quedó sin valor y fue suplantada por otra que legaliza el ejercicio de la psicoterapia por parte del psicólogo. Total que la habilitación del ejercicio de la psicoterapia se instala en:

A) Médicos que se forman en algún modelo terapéutico.

B) Médicos psiquiatras que además de aprender la psicopatología y las variables psicofarmacológicas en la especialidad, se forman también en un modelo terapéutico.

C) Psicólogos que luego de obtener su licenciatura se forman en cursos superiores en algún modelo terapéutico.

Como se verá en las tres posibilidades de ejercicio de la psicoterapia, aunque el título de grado habilita el ejercicio profesional, no implica idoneidad o pericia sino que ésta se adquiere con la formación de postgrado en modelos de psicoterapia. También es discutible si el profesional después de formarse en postgrado es idóneo o no, pero estas son otras cuestiones que exceden el marco de la legalidad y tallan sobre las capacidades personales del curante.

La pericia del terapeuta consiste en haberse capacitado en un modelo de trabajo psicológico compuesto por una serie de procedimientos, técnicas y estrategias clínicas, que se hallan sistematizadas y que se aplican de acuerdo a los particulares de cada situación (Ceberio & Watzlawick, 2008).

Muchos psiquiatras aúnan de manera complementaria el arte de la psicoterapia con la psicofarmacología, razón por la cual centran en el trabajo terapéutico tanto la bioquímica como el lenguaje verbal como paraverbal (ambos lenguajes reunidos en la relación terapeuta paciente).

La psicoterapia puede definirse:

(...) -de manera aparentemente simple- como la relación de dos personas, en la que una asiste a consultar a otra -idónea y capacitada en resolver problemas humanos- con el objetivo de solucionar su propio problema. La persona capacitada da en llamarse terapeuta y la persona que consulta paciente. Más allá de los motivos que originan los problemas por los que se consulta, la psicoterapia puede realizarse de manera individual, pareja, familia o grupo (Ceberio & Watzlawick, 2008).

Gran parte de la capacidad de ayudar a resolver problemas humanos está conformada por la creatividad, conocimientos teóricos, experiencias clínicas y de vida, y todo un arcón de herramientas terapéuticas compuestas por tácticas y técnicas (que se traducen en intervenciones) articuladas en estrategias clínicas. La supervisión le otorga al profesional la orientación, el cotejo con otras perspectivas epistemológicas y, por sobre todo, prolijidad, ordenamiento y responsabilidad en el trabajo desarrollado. La ética profesional es la pincelada que le otorga dirección al trabajo, más bien severidad, que no debe entenderse como rigidez (Bascue & Bridge, 2005; Ceberio & Linares 2005; Hernández Córdoba, 2007; Loubat, 2005)

La conjunción entre experiencia clínica y conocimientos teóricos funde una matriz epistemológica que impregna las construcciones de hipótesis: si el nombre no es la cosa nombrada y el mapa no es el territorio (Watzlawick, Beavin, & Jackson 1981), las hipótesis -esa articulación de premisas- no son ni más ni menos que mapas conceptuales. Cada terapeuta, en acople complementario con su paciente, construye el caso: delimita arbitrariamente historia, miembros afectivamente cercanos, problemas, descripciones y puntuaciones de secuencias interaccionales, características de personalidad, entre otros puntos, en síntesis, una versión de lo que le sucede al paciente, y fundamenta así una hipótesis diagnóstica que en ocasiones se basa en los manuales de enfermedades mentales CIE 10 o DSM 5.

De más está aclarar que la finalidad de la psicoterapia no se halla en el diagnóstico, aunque no son pocos los terapeutas que se envuelven en esa creencia, es decir, están más preocupados en encontrar una categoría donde encasillar al paciente que en labrar una hipótesis adecuada del caso y la estrategia consecuente con ésta, para, desde este punto de partida, estructurar el proceso terapéutico. Una hipótesis lejos de conformarse como una estructura rígida, se concibe

como una articulación flexible y permeable a la afluencia de información que paulatinamente se incorpora en el trabajo profesional. En este sentido la hipótesis es un estructurando, una construcción sintáctica y semántica en permanente movimiento. Abierta a incluir, rectificar, ratificar nuevos conocimientos del caso. Si no es así, se corre el riesgo de ajustar (a veces forzosamente) los hechos a la hipótesis prefijada, cuando el proceso debería ser el inverso.

Aunque no solamente esta información es provista en los devaneos de ese momento único e irrepetible que, de hecho, es la relación terapéutica. Un terapeuta siempre debe estar alerta a todos los signos que desarrolla el paciente, signos que no solo se remiten a la esfera de lo psíquico, caracterial, cognitivo, emocional o interaccional, sino que también observan variables orgánicas. La tan mentada integración cuerpo/mente, de la que tanto se habla -en contra de la vieja dicotomía cartesiana- hay que tenerla presente en el desarrollo de la terapia puesto que en general se tiende -por la misma formación principalmente del psicólogo- a interpretar y entender todos los signos sintomáticos orgánicos desde una perspectiva psicológica.

Así, más de un dolor de cabeza fue entendido como una somatización, un conflicto psicológico y el intercambio con un neurólogo lleva a realizar una tomografía computada que muestra un tumor incipiente. Un decaimiento físico y falta de fuerza puede ser interpretado como una estructura depresiva o panícosa a la que se le receta antidepresivos de última generación y la interconsulta con un neurólogo lleva a realizar un análisis del neurotransmisor acetilcolina en sangre (ACRA) y se determina la enfermedad autoinmune de la miastenia gravis, o cansancio y astenia como resistencias o estrés cuando los análisis de T3 y T4 muestran un notable hipotiroidismo. Como también los signos de dolores musculares y sensaciones de tensión muscular son entendidos como un trastorno hístico y la interconsulta muestra una fibromialgia.

Un caso que demuestra estas aseveraciones es el de un paciente -Rogelio, de 69 años- que asiste a consulta con un decaimiento general. Ingeniero, siempre ha sido un profesional hiperactivo, especialista reconocido en su temática. Ha viajado por todo el mundo ejerciendo su profesión y siempre estuvo instalado en un up relacional con su entorno. Hace aproximadamente tres meses que se ha jubilado y pasa mucho tiempo en la casa a pesar de que hace gimnasia

y lee, además de las ocupaciones cotidianas. Poco a poco comienza el tránsito hacia un humor depresivo y convierte su angustia en depresión, rabia (gran parte que deposita en su esposa) y el bolo faríngeo le impide tragar con facilidad, cuestión que empieza a dificultar su ingesta de alimentos. Por ende, empieza a adelgazar.

El terapeuta decidió realizar una interconsulta con el médico clínico de Rogelio y le propuso repetir análisis clínicos, porque intuía que la conducta de Rogelio excedía el marco de una depresión post pensión. También intercambió información con el médico psiquiatra de su equipo, que posee una visión amplia con el propósito de realizar algunos análisis más que los tradicionales como los niveles de serotonina y cortisol en sangre. En la terapia contextualizó el caso dentro de los pormenores emocionales que motivaban a Rogelio a angustiarse y a no comer, a sus características implosivas, a utilizar su cuerpo como vía de descarga (colon irritable, hemofilia).

A la semana le entregaron los resultados y a Rogelio se le diagnóstico un cáncer de intestinos con una metástasis importante. De no haber tenido el terapeuta una mirada amplia e integradora, podría haber pasado mucho tiempo para terminar en un diagnóstico aún más catastrófico.

Debe quedar claro en el desarrollo del presente artículo que no se trata de negar la influencia de factores psicológicos en las enfermedades orgánicas o que una parte de la etiología de ciertas enfermedades orgánicas tengan que ver con variables emocionales o traumáticas. Así como tampoco caer en el otro extremo de *organificar* toda enfermedad negando la influencia de factores emocionales y contextuales. Una concepción holística de la enfermedad, sea cual fuere: tanto más orgánica, tanto más psicológica, implica el discernimiento de la interinfluencia recíproca de factores orgánicos, psicológicos, emocionales, cognitivos, interaccionales (familiares, de pareja, vínculos paterno o materno-filiales, laborales, etc.), neurobiológicos, endocrinológicos e inmunológicos, centralizados en una persona y enmarcados en un contexto determinado. Muchas de estas perspectivas son estudiadas en disciplinas como la Neurociencias, Neurociencia social, Neurociencia cognitiva o la Psicoimmunoneuroendocrinología (PINE). Algunos autores como Damasio (1994), Cacioppo y Berntson (2005), Cacioppo, Visser y Pickett (2006), Cozolino (2006), Gazzaniga (2008), Le Doux (1993; 1997; 1999), Pert (2003), entre

otros, han logrado construir una versión más completa de las patologías.

No obstante, para entender profundamente esta posición, es necesario romper con los constructos poderosamente estructurados que componen lo que los cognitivistas llaman esquemas conceptuales (Beck, 2000; Riso, 2009) que pueden entenderse como cuadraturas conceptuales con un perímetro rígido que son expresadas mediante pre-conceptualizaciones per se, o sea, que no se llevan al cuestionamiento. Como bien señalaba Albert Einstein, *es más sencillo desintegrar un átomo que un preconceito...*

Estos esquemas son principalmente creencias y valores, pautas, normas, mandatos socioculturales y familiares que se adquieren en el desarrollo de la experiencia. La realidad se construye en la acción, señala Jean Piaget en *La Construcción de lo real en el niño* (1989), mediante el método del ensayo y error. Aunque vale la pena aclarar algunos detalles de esta teoría que constituye el bastión teórico del Constructivismo más férreo:

- En principio, es la interacción en un contexto determinado, lo que lo lleva al niño a aprender y asimilar, acomodar y organizar los conceptos.

- Esto implica que la relación con otros demarca influencia en la información que asimila y provee al entorno.

- El contexto es, entonces, concebido como una gran matriz de significados, tal como lo describen la mayoría de los pioneros de la pragmática de la comunicación humana (Bateson, 1972; Watzlawick et al., 1981). Es decir, el contexto es un marco semántico que pauta la asimilación de la información el niño.

- Si bien la cimiento de los esquemas cognitivos germina en los primeros años de la vida, el método del ensayo y error es la génesis de la experiencia y el aprendizaje humano, cuestión que se desarrolla toda la vida.

- No solo en este proceso se establecen las variables cognitivas, sino que adjunto a la información que se intercambia en el ambiente es el mundo emocional el que tamiza. Esto nos hace ingresar en el axioma de la comunicación humana (Watzlawick et al., 1981) que distingue contenido de relación y que muestra que la comunicación se establece en estos dos niveles: no es solamente lo que se dice -el contenido- sino cómo se dice -el estilo relacional- y con esto la emoción que se le imprime al discurso que denuncia el tipo de relación que se establece.

- Parte de la disidencia entre el qué y el cómo crea desafortunadas confusiones en la comunicación. Una incompatibilidad entre lo gestual y lo verbal produce dos lecturas contradictorias en el interlocutor. Estos trastornos fueron bien descritos por el grupo de Bateson, Haley, Weakland y Jackson (1956), quienes acuñaron el término de doble vínculo para estas disfuncionalidades de la comunicación y le otorgaron una perspectiva comunicacional a la génesis de la esquizofrenia.

Urge la necesidad de concebir a la psicoterapia como un todo homogéneo en donde confluye e interinfluye, el terapeuta, el paciente y el médico clínico o cualquiera de las especialidades médicas que se involucren de acuerdo el caso, como también la interconsulta con trabajadores sociales, abogados, psicopedagogos, entre otros. Pero además, esta apertura al intercambio interdisciplinario provee también información para enriquecer la hipótesis. Es decir, no solamente es la información que se desarrolla en la dialéctica de la sesión entre los pacientes y el terapeuta, sino todos los datos que pueden aportar el resto de los profesionales del equipo que observan desde multiplicidad de flancos en pos de construir una hipótesis diagnóstica lo más completa posible.

Esta es una de las partes que conforman una filosofía de la psicoterapia, basada en un método constructivista, holístico, interactivo y contextual. Constructivista entendiendo que la realidad es una construcción, que el diálogo terapéutico es una ficción en donde convergen versiones de lo sucedido: una narrada por el paciente, otra narrada por el terapeuta. De allí que el pasado sea inmodificable, solamente lo que puede reformularse es la historia contada. Siempre para una versión del pasado hay otra historia. Holística puesto que el análisis que debe realizarse debe captar el todo, entender el todo para después entrar en cada una de las partes, en su pragmática y semántica. Interactivo a la luz de la Cibernética y la Teoría General de Sistemas, o sea, cada una de esas partes es influenciada e influencia al resto, razón por la cual no pueden sumarse para explicar la totalidad, porque el todo es mucho más que la suma de esas partes. Por último, contextual, porque es el contexto el marco que le otorga semántica a la situación, le proporciona el significado, el tenor cognitivo a la situación narrada.

Consideramos que sobre esta base epistemológica conceptual en que se basan las

ciencias posmodernas, se inscribe la nueva psicoterapia. Una plataforma donde se apoyan las particularidades de cada terapeuta que, de acuerdo al contexto de aplicación, características del paciente, espacio de trabajo, entre otras variables, variará su sesgo. Esta es la distinción complementaria entre modelo y estilo terapéutico: mientras que el modelo moldea la lente cognitiva, el estilo es el que pragmáticamente lo desarrolla. Estas conceptualizaciones del modelo de psicoterapia que se adopte, deben ser complementadas por una filosofía e ideología de la psicoterapia y tanto una como otra exceden el marco profesional puesto que tienen que ver también con su vida personal (Casari, 2013; Ceberio & Linares, 2005; Ceberio & Watzlawick, 1998; Garzón, 2008).

Psicofármacos y Psicoterapia o Psicoterapia y Psicofármacos

Como señalábamos anteriormente, un viejo litigio en el mundo de la psicoterapia se gestó desde sus orígenes, cuando la línea *psí* más dura atribuía, a mi juicio, de manera abusiva, interpretaciones psicologistas a ultranza, renegando tácita y a veces explícitamente, de las versiones más biologicistas y ni siquiera más, sino simplemente aquellas que contemplaban los fenómenos orgánicos como parte protagonista de las hipótesis. De manera inversa, los organicistas renegaban de la postura rígida de los psicologistas. Esta lucha sin cuartel (pero con consultorio) nos hizo perder mucho tiempo entre posiciones que hacían gala a la dicotomía cartesiana.

De este emergente, en el universo de los psicólogos se maceró una especie de fobia a la psicofarmacología. Fueron varios los motivos que se desplegaron en pos de justificar la posición. Desde el monopolio y comercio de los laboratorios, o que el fármaco apunta a lo sintomático y no a la raíz del problema, que los psicofármacos son un “chaleco químico” y así, un sinnúmero de justificaciones en defensa de una psicoterapia pura sin ingredientes neuroquímicos ajenos a los producidos naturalmente.

Aunque hay que aclarar que esta postura también era una reacción a la no menos extrema posición de los psiquiatras que no utilizaban la psicoterapia y solo realizaban farmacoterapia a muchos pacientes deseosos de tener un espacio en donde poder comunicar sus desventuras. Sea como fuere, el juego dialéctico potenciaba a ambas posiciones. Pero detrás de este juego

de poderes profesionales, se hallaba el paciente y su sufrimiento.

En la actualidad, es nuestra obligación alejarnos de tal dicotomía de posiciones y antagonismo de poderes e intentar buscar complementariedades. Una sinergia que permita no vivir al fármaco como un gran “cuco” que acompañará al paciente durante toda su vida.

Entender al ser humano como un todo sinérgico entre aspectos cognitivos, interaccionales, contextuales, emocionales, neuroquímicos y neuroendocrinos, implica poseer una visión macro de la vida; y no se trata de observar una reacción en cadena entre todos estos factores intentando ver cual fue el origen. Esta perspectiva macro obliga a una lectura sistémica, o sea circular: no es importante dónde inició la secuencia recursiva, lo importante es la contemplación de todos los factores y la dinámica que se produce entre ellos.

Si una persona tiene miedo a una determinada situación, por ejemplo un ascensor, el miedo es una de las emociones básicas, pero no es el ascensor que le produce miedo, sino la atribución cognitiva, el significado que le otorga al objeto en la interacción que desarrolla con él en un contexto determinado. Es el complejo amigdalino que dispara la alarma que mueve todo el eje hipotalámico-hipofisio-adrenal, y los factores de liberación CRF que facilitan la segregación por parte de la adrenal de catecolaminas y cortisol. Se ingrese por donde se ingrese en este circuito se implicará al resto de factores y en la medida que pase el tiempo, mayor será la sistematización y con mayor celeridad se producirá la reacción en cadena.

Entender este circuito de manera reverberante sugiere no quedar entrampado en el juego dialéctico al que alude la famosa frase que dice: “¿Quién nació primero, el huevo o la gallina?”. Si se entiende el policausalismo sistémico y nos alejamos de hipótesis lineales, causalistas-efectistas a las que hacían alarde de genialidad las ciencias modernas positivistas, ingresaremos en un territorio más abierto a nuevas experiencias, permeables a nuevos modelos y a avalar fuertemente desde la teoría ese ingreso de información. Cuestión de construir modelos integrativos y no una gran bolsa de datos a la que se le ingresan datos sin mayor sustancia teórica.

Desde esta manera de ver y ejercer la psicoterapia, podemos entender que los psicofármacos pueden combinarse con la psicoterapia con las siguientes prerrogativas:

- Siempre el psicofármaco acompaña a la psicoterapia y no la psicoterapia al psicofármaco. Si bien hay interacción y ambas se potencian, el espacio de comunicación, afecto, reflexión y resolución de problemas que implica la terapia psicológica nunca puede ser sustituida por el fármaco.

- En este sentido, se evaluará si el uso del psicofármaco es necesario en pos de potenciar efectos en dirección a los objetivos que propone la terapia, entendiendo que es necesario para apresurar tiempos o amenguar crisis de angustia que, si bien son síntomas, pueden ser muy resistentes por el nivel de sistematización y habitualidad en la vida de la persona.

- Ni siquiera en los casos más severos o más profundos (como crisis de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos bipolares, trastornos psicóticos o depresión) tienen protagonismo los fármacos. Sí, poseen un papel más relevante, pero es la psicoterapia la que mantiene el rango principal y la dirección al objetivo de solución.

- Entonces, la química ayuda al cambio, es decir, es una vía que favorece la reactividad a ciertas intervenciones que se realizan en la psicoterapia. Por ejemplo, si el humor es depresivo y los pensamientos catastrofistas se hallan muy instaurados en la vida de la persona, puede ser favorable recomendar un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina. A sabiendas de que la serotonina es un neurotransmisor que inhibe el enfado, la rabia, favorece el buen dormir, el placer, la sexualidad.

- Pero también la psicoterapia resuelve la química. Puesto que si paulatinamente se cambian conductas, formas de pensamiento y emociones, es porque también se han modificado el funcionamiento de algunos neurotransmisores, la secreción de neurohormonas y la dinámica de ciertos órganos.

Está claro que la cuestión de medicar en el territorio de la salud mental, adquiere un sentido más o menos relevante pero siempre secundario. Y no porque sea secundario debe restársele importancia. Hay multiplicidad de vías de entrada para el cambio y muchas de estas vías deben ser estimuladas para ejercer modificaciones. Pensamientos negativos crean conductas que confirman la negatividad anticipatoria y construyen profecías autocumplidoras, con sucedáneos emocionales que estimulan los pensamientos negativos, así descenden los niveles serotoninérgicos y endorfinicos y se elevan los cortisolémicos, dificultando el sueño, eliminando e impidiendo

vivir situaciones de placer y todo incrementa el más de lo mismo.

Seguramente, psiquiatras biólogos estarán en contra de esta posición, aludiendo que las modificaciones bioquímicas alientan a cambios rápidos y seguros. La respuesta a esta posición es afirmar que la química mediante el psicofármaco puede ser utilizada como puerta de acceso a resolver la problemática, pero la psicoterapia completa el cuadro. En el tratamiento de todos los trastornos mentales y problemas humanos siempre se utilizará la psicoterapia, y psicofármacos y psicoterapia en algunos casos, no siempre.

Hay multiplicidad de estudios (Collazos, 2007; Fernández Méndez et al., 2010; Ferreres, Pena-Garijo, Ballester Gil de Pareja, Edo, Sanjurjo, & Ysern, 2012; Hirsch, 2006; Liria & Vega, 2008; Torres-Torija, 2009) que afirman que aún en los casos más graves donde los psicofármacos alcanzan un notable protagonismo, no se alcanza efectividad si no se instrumenta la psicoterapia y en general lo plantean como una combinación exitosa. Ya hemos revisado de manera sintética algunos aspectos de la psicoterapia, pero cabe agregar que en la mayoría de los trastornos mentales existe una gran desvalorización personal, o sea la buena autoestima está minada; hay un déficit en la comunicación funcional y equilibrada (mucho de la producción sintomática tiene que ver con esto) y, por último, el amor en relación al mundo afectivo se halla dañado.

La psicoterapia, más allá de los contenidos que se narran en ella, es un espacio donde colateralmente se cuecen ciertos beneficios secundarios. La relación terapéutica es una prestación de servicio en donde circula la afectividad. Los terapeutas se interesan con afecto por los pacientes (que es lo que mueve el interés relacional) y, por supuesto, que algunos pacientes generan afecto más que otros -como en toda relación-, pero la relación amorosa es uno de los motores del vínculo terapéutico (Linares, 2014). La psicoterapia le muestra al paciente cómo se desarrolla una relación funcional y clara que le servirá de modelo para las relaciones e interacciones que geste fuera de la consulta. Y la psicoterapia es una relación nutriente de buena autoestima, un espacio donde, además de trabajar los problemas y defectos de la forma en que se conducen los pacientes, debe resaltarse los recursos y capacidades que cada ser humano posee: es una manera de estimular concienciando las posibilidades personales, al crecimiento y al cambio.

Psicólogos y Psiquiatras: una pareja en problemas

Los que se encuentran en problemas a la hora de medicar son los psicólogos que al no tener matrícula de médicos no se hallan en grado habilitante, ni en formación profesional para recetar psicofármacos. Por tal razón, un psicólogo clínico apela a la derivación e interconsulta con un psiquiatra de su equipo para trabajar en la medicación de su paciente.

La interconsulta y derivación es un pase de información y puede haber diferentes modalidades desde las más directivas hasta las más flexibles y constructivistas. Además, toda la transmisión de información depende del grado de confianza y experiencia de trabajo en equipo que tengan tanto uno como otro profesional. En ocasiones, el terapeuta puede decirle cuáles son los aspectos del paciente que está trabajando y cuáles son los objetivos del trabajo terapéutico, describirle el diagnóstico y la hipótesis. Puede comunicarle, si está posicionado en terapeuta familiar, de pareja o individual e incluso, en el caso de los psicólogos más formados, puede sugerírsele la aplicación de algún fármaco.

En otras posiciones, el terapeuta opta por realizar un bosquejo mínimo del cuadro y pedirle al psiquiatra que realice una entrevista que exceda el marco de las entrevistas psicofarmacológicas para entrar a realizar una entrevista diagnóstica. Los fines de esta posición muestran la necesidad de cotejar información e hipótesis de diagnóstico, ante la duda o dificultades del terapeuta del caso. La finalidad de proveer un mínimo de información hace que el psiquiatra entre en el campo libre de información del caso, cuestión que su lente epistemológica no se ve empañada: nuestra percepción se ve impactada por las distinciones que traza el otro (Spencer Brown, 1973). Cuando entramos en una consulta con demasiadas hipótesis y categorizaciones, corremos el riesgo de buscar y confirmar inconscientemente los esquemas que nos introdujeron. Entonces, la escasa información permite mayor libertad en las construcciones (Ceberio & Linares, 2005).

De una forma u otra, el psiquiatra en una primera entrevista no solo se ciñe al protocolo de la entrevista psicofarmacológica, sino que ahonda en un cuadro general para realizar su propia diagnosis y cotejar puntos de vista con el terapeuta. El psiquiatra prescribirá de manera clara medicación, dosis y frecuencia, previniendo tanto al paciente como al mismo terapeuta ciertos

efectos secundarios de la medicación, cuestión que no se entiendan como sintomatologías espontáneas. Es, por ejemplo, el caso de la risperidona que incrementa el apetito y hace que los pacientes incrementen su peso. La posibilidad de combinarlo con un anorexígeno o intentar trabajar en la tarea de realizar alguna actividad deportiva, pueden ser algunos de los recursos en pos de no ascender en demasía de peso y flagelar aún mas la autoestima del paciente.

También es importante conocer la autonomía del paciente y si es capaz de autoadministrar sus dosis con responsabilidad o cabe la posibilidad de boicoteo al tratamiento, resistencia a la pastilla, olvidos por fallas en la memoria, o incapacidades de otra índole. Es en estos casos donde la entrevista psiquiátrica se complejiza y se deben citar a los familiares o amigos más cercanos para que coordinen la administración. Muchas veces la primera consulta psiquiátrica se realiza con otros familiares, porque el terapeuta del caso ya se anticipó y transmitió la incapacidad del paciente para cumplir con los medicamentos. O tal vez esto es una novedad de la que el psiquiatra avezado observó y bajo su iniciativa invitó al resto de familiares.

Un ejemplo de dependencia o autonomía en la administración de psicofármacos, se observa en Trieste, la ciudad provincia donde Franco Basaglia (1968) gestó la desinstitucionalización psiquiátrica, externalizando a los 1500 internados en el Hospicio de San Giovanni en la década del 70, estructurando un sistema organizado en la externación y libertad de los pacientes psiquiátricos que involucró a la administración de los psicofármacos. Los pacientes que estaban capacitados para una vida autónoma fueron destinados a departamentos para vivir solos y autoadministrarse las drogas que se le recetasen.

Otros con una autonomía a medias, fueron ubicados en casas-apartamentos, donde convivían 5 o 6 pacientes bajo la tutela de enfermeros, trabajadores sociales y médicos quienes eran los que administraban los psicofármacos. Otros, previa evaluación de sus familias, retornaban a su hogar y se conducían con un control intermedio de medicación de acuerdo al paciente y a su familia. Muchos de estos pacientes, asisten cotidianamente a los Centros de salud mental para recibir su dosis, mientras que otros son visitados a su domicilio con el mismo objetivo.

Por otra parte, cada organismo no reacciona a la dosificación de protocolo de la misma manera. El lograr lo cuantitativo y cualitativo de

la medicación puede llevar entrevistas farmacológicas con una frecuencia de una y hasta dos veces por semana. Cuestión de arribar con éxito a la dosis correcta. Mientras que estas entrevistas se dediquen a centralizarse en los aspectos medicamentosos no se generará problema. El problema se produce cuando el psiquiatra comienza a desarrollar sesiones en paralelo a la terapia original.

En la especialidad de Psiquiatría, los médicos son formados exhaustivamente en el arte de diagnosticar con la finalidad de aplicar la medicación eficaz para el tratamiento del paciente. Muchos de estos psiquiatras se forman en escuelas de psicoterapia, realizando un postgrado en pos de lograr aprender un modelo. En ellos se reúnen las habilidades terapéuticas de la terapia y el arte de medicar.

Hay psiquiatras psicodinámicos que no solo trabajan en terapia con el modelo psicoanalítico, sino que en las entrevistas psicofarmacológicas emplean un sondeo y exploración que ahonda en esa perspectiva. Los hay profundamente biólogos que aplican a pie juntillas la química en relación a ejercer modificaciones en la conducta del paciente. Otros, observan al paciente como un todo complejo donde se unen los aspectos inmunitarios, endócrinos, neurocognitivos y psicológicos y medican más a conciencia en función de multiplicidad de factores. Los hay también sistémicos, cognitivos, transaccionalistas, logoterapeutas y un sinnúmero de modelos más.

Más lamentable resultan aquellos psiquiatras que fueron formados para medicar y hacen psicoterapia utilizando únicamente el sentido común, sin ninguna especialidad en ningún modelo, solamente la habilitación de su carrera. A pesar de la experiencia, ejercen la psicoterapia tal cual un amigo con título de médico. Idéntica situación se observa en los psicólogos que atienden pacientes sin ningún tipo de formación de postgrado, y más aún en ciertos casos sin siquiera haberse obtenido la láurea (favorecidos porque ningún paciente le pide la matrícula o el diploma al profesional que lo atiende).

El punto clave es si la derivación que se le realiza a un psiquiatra es para que el paciente haga psicoterapia o porque ya está embarcado en psicoterapia y se le es derivado para medicar. En conclusión: hay psiquiatras psicofarmacólogos, psiquiatras que se identifican poco con la medicación (se parecen más a psicólogos) y psiquiatras terapeutas y psicofarmacólogos.

Estos últimos, a los que el terapeuta les deriva para la medicación, son los que en muchas oportunidades usufructúan el terreno de la psicoterapia, creando confusiones no solo en el vínculo, sino en los contenidos que se le devuelven al paciente. Si bien tampoco es correcto que utilicen la hora de sesión de psicofarmacología en psicoterapia haciendo el mismo modelo que el terapeuta original, mayor problema se desarrolla cuando posee una orientación radicalmente diferente a éste. Sea el modelo que ejerza, una terapia paralela genera devoluciones contradictorias y, aunque complementarias, la replicación de sesiones en corto plazo no lleva a buen puerto.

Este interjuego lleva a que el paciente se confunda y además manipule la situación entre los dos profesionales. Este cruce de información genera un cuadro que muestra una pareja de profesionales envuelta en bronca, un paciente entrampado en medio de ambos, lugar que en oportunidades lo angustia, confunde y explota manipulatoriamente.

Es el caso de Marina, trabajaba en terapia y su terapeuta, usando la técnica de hablar el lenguaje del paciente como estrategia, utilizaba como vía de entrada de información, el cuerpo de ella. A Marina le encantaba el teatro, el yoga y la meditación y varias veces con la respiración y la relajación hacía que su cuerpo vibrara para después relajarse, tal cual la tradicional técnica de Shultz. El problema se suscitó cuando el psiquiatra comenzó a interpretar estos ejercicios de la paciente como una forma delirante e histeroide con un intento de seducción transferencial.

Otro caso representativo se ocasionó con Rodolfo, con quien después de un concienzudo trabajo de desmontar su pensamiento mágico, el terapeuta decidió derivarlo a un Psiquiatra para complementar el trabajo terapéutico con un ansiolítico que bajara esos niveles de ansiedad que mantenían su agorafobia. A la sesión siguiente, Rodolfo empezó hablando de la importancia que tenía en su vida pasada el haber sido encerrado en un baúl y que probablemente sus asfixias tenían que ver con ese incidente. El psiquiatra creyente en la terapia de vidas pasadas, le había impuesto esa construcción, razón por la cual desmoronó todo el trabajo de deconstrucción de las atribuciones mágicas por sobre los síntomas y cimentó la desconfianza en Rodolfo hacia su terapeuta.

El caso de Juan Cruz, un paciente que cada vez que iba a salir de su casa lo acuciaban ganas irrefrenables de defecar, conjuntamente

con palpitaciones y una serie de sintomatologías asociadas con el pánico. Tenía adicción al clonazepan que era parte de su repertorio de soluciones intentadas fracasadas. Juan Cruz realizó un lento y efectivo cambio: poco a poco comenzó a salir, al inicio salidas cortas de 5 minutos, hasta después lograr salir a hacer deporte. Dejó a su novia que también lo veía en lo que consideraba su reducto: su cuarto. Trabajaba en páginas Web, actividad que le favorecía no salir de su casa. Comenzó a participar en reuniones de grupos judíos e hizo nuevas amistades. Lo que más resistía era su sometimiento al clonazepan que a esta altura tenía un efecto placebo, solo despaciosamente se había logrado reducir la dosis a un mínimo valor. No obstante, dada la sistematización del síntoma en el sistema del paciente, pueden aparecer recaídas.

En la primera recaída, leve pero recaída al fin, Juan Cruz tuvo la oportunidad de atender el teléfono a la psiquiatra de la madre, que le preguntó como estaba y él respondió que muy bien pero que había tenido un episodio de recaída. La médica le recomendó a su colega "Master en farmacología", para que lo medicara porque la dosis del ansiolítico que tomaba era "agua". Juan Cruz vino receloso y con desconfianza, aludiendo que si hubiese tomado el medicamento en la medida correcta no le hubiera sucedido nada.

Estos ejemplos muestran que se debe tener especial cuidado en cualquier tipo de apreciación que se realice en el curso de las entrevistas psiquiátricas, puesto que con la mejor de las intenciones, se pueden contraponer cursos de tratamiento, introducir dudas en el paciente, confusión o rebrotes sintomáticos. No se puede dejar de tener en cuenta la información suministrada por el profesional derivante y a pesar que se hayan observado otros indicadores que coincidan o contravengan esta información, estos deben ser de estricta transmisión entre profesionales, con la finalidad de lograr co-construir hipótesis comunes.

En muchas oportunidades recibimos en consulta un paciente que ya viene medicado. Es necesario que el terapeuta se ponga de inmediato en comunicación con el psiquiatra en pos de intercambiar información. Menos favorecida es la situación donde el paciente llega a nuestra consulta medicado pero no por un especialista en Psiquiatría sino por un médico generalista y, más aún, un médico clínico de guardia. Si bien hay muy buenos clínicos, en general hay una tendencia a colgar categorías diagnósticas sin

la exploración que se merece y con una medicación sintomática. Etiquetar de manera ligera al paciente implica el riesgo de construir profecías autocumplidoras.

Este es un fenómeno que se produce en las guardias, donde la prontitud de la intervención hace que por un síntoma de los que componen los ataques de pánico se rote al paciente que lo que padeció fue un *Panic attack*. Es factible que haya sido este trastorno, pero si un examen exhaustivo arroja lo contrario, resultaría difícil reformular el diagnóstico, y si es factible redefinirlo, quién extrae al paciente de su memoria el dolor de ese diagnóstico erróneo y ¿cuán sencillo puede ser modificar de su epistemología ese error?. Aunque, debe aclararse que posiblemente eso es lo que fue a buscar el paciente del profesional: aplacar su sufrimiento, reducir su incertidumbre y conocer el porqué de su sufrimiento, es decir, qué enfermedad tiene.

Cuando es el médico clínico de cabecera quien hace el diagnóstico psiquiátrico y medica con psicofármacos, resulta difícil cuestionar el rótulo y hasta los fármacos. Los médicos de cabecera son los que atienden de larga data al paciente e incluso a toda la familia. Son los que dan la última palabra y los que definen los diagnósticos dudosos. Tiene un lugar de poder y de persuasión a los que el paciente se somete y puede resultar dificultoso confrontar la construcción del profesional cuando el terapeuta no esté de acuerdo. En el intercambio telefónico son los que típicamente se colocan en posición *up* y se proponen *per se* a dar las directivas del tratamiento. Estos ejemplos se deben entender como tales, es decir, ejemplos, puesto que también hay médicos respetuosos y dispuestos a co-coordinar interdisciplinariamente el trabajo profesional. También hay terapeutas despóticos que dan como verdad absoluta sus hipótesis y no son permeables al intercambio.

En ocasiones, esta situación difiere sustancialmente del caso en que sea el terapeuta el que elija al psicofarmacólogo. Por lo general, el psiquiatra de elección posee un modelo similar al del terapeuta, o después de años de intercambiar, sabemos cómo se conduce y él sabe de nosotros básicamente cómo nos movemos en la psicoterapia. Esta confianza en el intercambio, redundante en claridad y cambio para el paciente, y en la solidez de un equipo profesional que se presenta homogéneo y complementario.

Aunque no son pocas las situaciones donde el intercambio de información entre los profe-

sionales es deficiente o nulo. Este fenómeno de comunicación se observa principalmente en los casos donde el paciente asiste a consulta ya medicado por un psiquiatra que no conocemos. Los celos profesionales y la competencia pueden ser factores que inciden en la no comunicación: ni el psicólogo que recibe al paciente, ni el psiquiatra que lo medica levantan el auricular para cotejar diagnósticos, concluir hipótesis, integrar puntos de vista. Esta vieja rivalidad psicólogos-psiquiatras o la dificultad -o ignorancia- del trabajo en equipo, se ponen en juego empañando el equilibrio de una dupla terapéutica. Las confirmaciones llegan cuando se realiza la llamada y alguno de los dos profesionales se coloca en un *up* directivo e intenta conducir bajo sus prerrogativas el tratamiento. En otros casos para sorpresa de ambos profesionales se descubren nuevas relaciones y se instaura un vínculo de futuras derivaciones.

Otra de las interacciones que se observan en la sesión clínica, es la información que el psiquiatra psicofarmacólogo le indica al paciente para que le comunique al terapeuta acerca de lo que debe trabajar en terapia. Es decir, el paciente es el mensajero que le dice al terapeuta la sugerencia del farmacólogo. Ese pasaje de información puede ser realizado desde la mejor intención del profesional, pero constituye un error terapéutico.

En principio, porque el farmacólogo pudo haber dicho en tono amable y sugerente: "Me parece que este punto podrías trabajarlo con tu terapeuta..." y la transmisión que hace el paciente hacia su psicólogo es de manera imperativa: "El Dr. Perez dijo que Ud. debe trabajar el tema de mi dispersión y la relación con mi papá". Esta traducción crea conflicto entre profesionales que tarde o temprano tiene sus consecuencias en el paciente. Por tal razón nunca se debe involucrar al paciente en ese lugar de transmitir información: siempre el pasaje debe realizarse vía telefónica entre profesionales.

Los psicólogos hacen de las suyas con respecto a la medicación. Con conocimientos limitados en psicofármacos, los terapeutas opinan sobre drogas, miligramos y frecuencia. En comunicación telefónica con el psiquiatra, la discusión puede ser tolerable, el problema se suscita cuando descalifican los fármacos y lo hacen en presencia del paciente y, más aún, le hacen saber su desacuerdo. No es que un terapeuta no pueda intercambiar sobre medicación, pero debe hacerlo con cierto respeto de cara a las explicaciones del psiquiatra, en especial,

aquellos terapeutas que están en contra de la medicación, más de manera ideológica que desde los conocimientos científicos. Es entramante para el paciente, siembra la desconfianza sobre la medicación en ese valor adicional que es la depositación de fe en el fármaco, cuando el terapeuta dice que es demasiada la dosis del ansiolítico y el paciente le ordena al psiquiatra "Dice mi terapeuta que tiene que bajarme el ansiolítico...".

Estas acciones construyen triangulaciones que fomentan alianzas y coaliciones, en donde el paciente media entre ambos profesionales y también pone su cuota de manipulación en favor de sus resistencias al cambio, entre otros síntomas. Hay terapeutas que bajo un pensamiento muy radical, no aceptan la aplicación de psicofármacos argumentando que la medicación anula los síntomas que son los que expresan el conflicto. De la misma forma que los homeópatas entienden que los síntomas orgánicos no deben anularse, porque es el cuerpo que expresa la anomalía y no hay que reprimir tal manifestación.

Si la medicación es sintomática se anularía la fuente de significación que condensa el síntoma. Esta confrontación puede ser discutida con el psiquiatra, si es que el paciente viene a consulta medicado desde hace tiempo. Otra cuestión es hacer participe al paciente de tal disidencia, edificando el circuito triangulante al que aludíamos anteriormente. Pero no es extraño que sea el paciente quien no desea la ingesta de psicofármacos y defienda a capa y espada su decisión. El psicólogo debe tener mucho cuidado de no generar coaliciones que fabrican un dos por uno en el vínculo, aunque el punto de vista del paciente coincida con el suyo.

Sin afán de realizar una crítica demasiado exhaustiva, también hay terapeutas que con ciertos visos paranoides, tienen miedo de que el medicador le robe a su paciente. Visos paranoides hasta que el profesional se topa en su práctica con profesionales sin escrúpulos y con falta de ética que juegan con la especulación y no escatiman manipulación alguna con tal de ganar un paciente.

Conclusión: Una pareja profesional pareja

Por lo explorado en este artículo y en relación a los precedentes de experiencias clínicas de otros autores, no es aconsejable el empleo de psicofármacos como única estrategia terapéutica, debiendo ser prescriptos en conjunto

con la psicoterapia pertinente (Chappa, 2006). En esta dirección, entre las conclusiones de la aplicabilidad de este modelo de tratamiento, puede entenderse que el tratamiento farmacológico debe estar supeditado a la psicoterapia.

A pesar que puede resultar un imperativo categórico, las variables expuestas en el presente desarrollo en la relación psicofármacos y psicoterapia puede reducirse a tres reglas o propuestas:

- Psicoterapia como único recurso puede ser efectiva: o sea, la implementación de una estrategia y técnicas de reestructuración y prescripciones es una posibilidad de solución al trabajo sobre patologías y problemas.

- Fármaco sin psicoterapia puede ser arbitrariamente eficaz: si el paciente solamente consume fármacos sin un trabajo clínico de reflexión y de incidencia en sus emociones, es factible que el porcentaje de éxitos sea relativo.

- Pero siempre es aconsejable si se aplican fármacos acoplarlos a la psicoterapia. Es electivamente eficiente la sinergia entre psicoterapia (en prevalencia) y el uso de psicofármacos, es una segunda opción en función de sintomatología más resistente. Siempre es un fármaco que acompaña y que va desmontándose en la medida que los síntomas revierten.

Una convivencia profesional que enaltece la salud mental y cuida al paciente implica despojarse de las miserias personales, rivalidades, juegos de poderes y otras neurosis que poco tienen que ver con la buena instrumentación terapéutica. En forma conclusiva pueden sintetizarse algunos de los puntos señalados en todo el artículo:

a) Un terapeuta, ya sea un psicólogo o un psiquiatra formado en un modelo psicoterapéutico, puede derivar a su paciente porque considera que la farmacoterapia podría ser el complemento perfecto para el cuadro que está tratando.

b) El psiquiatra psicofarmacólogo se remitirá a su campo específico e intercambiará telefónica o personalmente con el terapeuta, aunando hipótesis y cotejando diagnosis.

c) El terapeuta se remitirá a su territorio de trabajo y solo hablará de los fármacos evitando opiniones en presencia de su paciente. Todo puede ser conversado con el medicador.

d) Aunque en la entrevista farmacológica el paciente presenta su historia y sus problemas, es necesario que el medicador no aventure hipótesis que puedan terminar confundiendo al paciente por contraponerse con las del terapeuta. Todo lo que hubiese querido explicitar deberá hacerlo con el terapeuta.

e) Tanto el terapeuta como el medicador se ven en la obligación de intercambiar siempre vía personal o telefónica y no utilizar al paciente como intermediario.

f) Se evitarán todo tipo de triangulaciones coalicionantes que entranpan al paciente y a los profesionales, juegos que también favorecen manipulaciones del paciente.

g) Puede enriquecer la dinámica terapéutica si tanto el psiquiatra medicador como el terapeuta realizan una entrevista en conjunto con el paciente, como también la posibilidad de capitalizar el uso del espejo unidireccional, donde el terapeuta realiza la entrevista o viceversa mientras que el otro profesional se halla detrás.

h) Si es necesario se realizarán entrevistas familiares o de pareja en el caso de que el paciente no esté capacitado para autoadministrarse la medicación.

i) El respeto de todos estos puntos implica un actuar idóneo y ético, que va más allá de fueros individuales y que solo tiene por objetivo el bienestar del paciente.

Referencias

- Bateson G., Haley J., Weakland J. H., & Jackson T. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. *Behavioral Science*, 4, 251-264.
- Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. Nueva York: Ballantine.
- Basaglia, F. (1968). *La institución negada*. Barcelona: Barral Editores.
- Bascue, L. O. & Bridge, P. (2005). Documentación de la supervisión en la psicoterapia. *RET: Revista de toxicomanías*, 45, 27-30.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa.
- Cacioppo, J. T. & Berntson, G. G. (Eds.), (2005). *Social neuroscience: key readings*. Nueva York: Psychology Press.
- Cacioppo, J. T., Visser, P. S., & Pickett, C. L. (2006). *Social neuroscience: people thinking about thinking people*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Casari, L. M. (2013). Comparación de variables profesionales del estilo personal del terapeuta en dos grupos de psicólogos clínicos. En *XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional De La Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento*.
- Ceberio R. M. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Ceberio R. M. & Watzlawick, P. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio M. R. & Linares J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. R., Losada, A. V., Álvarez, L., Daverio, R., Díaz Videla, M., Fiorito, C., Locker, L., Sánchez Castañón, T., Stagliano, A., Stark, L., & Trigo, C. (2014). Colgar el diploma, ética y responsabilidad en psicoterapia. *Revista Eureka* 11(1), 65-76.
- Chappa, H. J. (2006). *Tratamiento integrativo del trastorno de pánico. Manual práctico*. Buenos Aires: Paidós.
- Collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2), 75-80.

- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: attachment and the developing social brain*. Nueva York: W. W. Norton & Co.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. Nueva York: Penguin Books.
- Ferrerres, V., Pena-Garijo, J., Ballester Gil de Pareja, M., Edo, S., Sanjurjo, I., & Ysem, L. (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado?: Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 271-286.
- Fernández Méndez, J., Luengo Castro, M. A., García Haro, J., Cabero Álvarez, A., González Díaz, M., Braña Menéndez, B., & Caunedo Riesco, P. J. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: Diseño, tratamientos y procedimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 563-580.
- Gazzaniga, M. S. (2008). *Human: the science behind what makes us unique*. Nueva York: Harper-Collins.
- Garzón, D. I. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 4(1), 159-171.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas*, 3(2), 227-238.
- Hirsch, H. (2006). ¿Psicofármacos como psicoterapia?. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 17(68), 288.
- Linares, J.L. (2014). *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Liria, A. F., & Vega, B. R. (2008). La era de los tratamientos integrados: Combinación de psicofármacos y psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 139-148.
- LeDoux, J. E. (1993). Emotional memory systems in the brain. *Behavioural brain research*, 58(1), 69-79.
- LeDoux, J. E. (1997). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 7(1), 68-75.
- Le Doux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Planeta: Barcelona.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en psicoterapia: una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia psicológica*, 3(2), 75-84.
- Pert, C. (2003). *The molecule of emotion*. New York: Scribner.
- Piaget, J. (1989). *La construcción de lo real en el niño*. Barcelona: Crítica.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Spencer Brown, G. (1973). *Laws of the form*. Nueva York: Bantam Books.
- Torres-Torija, J. (2009). Psicoterapia y psiquiatría: una relación paradójica. *Salud mental*, 32(3), 185-187.
- Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

* Marcelo Rodríguez Ceberio, argentino, finalizó su carrera de Psicología en 1979. Obtuvo dos doctorados: el primero en la Universidad de Barcelona y el segundo en la Universidad Kennedy de Buenos Aires y es doctorando de un tercero en la Universidad de Bs As. Master en Terapia Familiar por la Universidad Autónoma de Barcelona y Master en Psicoimmunoenocrinología por Universidad Favaloro, Buenos Aires. En sus inicios se formó en Psicoanálisis, Gestalt y dirección en Psicodrama. Estudió Terapia Sistémica en el MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto, California, instituto del cual actualmente es profesor y representante para Argentina. Se destaca su trabajo como coordinador de voluntarios en la experiencia pionera de desmanicomialización en Trieste (Italia). En la actualidad se desempeña como profesor titular en diferentes universidades argentinas y profesor invitado de diversas universidades e institutos de Terapia Familiar en Latinoamérica, Europa y Estados Unidos. Fue director de la carrera de Psicología de la Universidad Maimónides de Buenos Aires y vicedecano del Depto. de Psicología social de la Universidad Kennedy. Actualmente se desempeña como director del Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad de Flores y como director académico y de investigación de la Escuela Sistémica Argentina. Investigador categoría I, a cargo del Laboratorio de Neurociencias y Ciencias Sociales (LINCS). Autor de numerosos artículos, prólogos, capítulos de libros y libros, todos en la temática de la comunicación, el psicodiagnóstico y la psicoterapia.

Para citar esta comunicación:

Ceberio, M. R. (2016). Discordias y compatibilidades de una pareja terapéutica: el psicólogo y el psiquiatra. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 85 - 96.