



Psicoterapia en la institución pública. La aportación del modelo psicodinámico a la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria de Vizcaya

Miguel Angel González Torres^{1,2,3} Rita Touza Piñeiro²

¹ Dpto. Neurociencias UPV-EHU

² S^o de Psiquiatría. Hospital de Basurto

³ Fundación OMIE

Resumen

En la Red de Salud Mental contemporánea la psicoterapia tiene un lugar propio y fundamental, tanto por la visión bio-psico-social que es obligada hoy como por la propia eficacia demostrada de las intervenciones psicoterapéuticas y por las limitaciones de los abordajes farmacológicos actuales. Existe una "psicoterapia posible" caracterizada por una integración flexible de diferentes técnicas y orientaciones, en una adaptación a las circunstancias peculiares del encuadre público. En el Hospital de Basurto, como en otros de nuestros centros, existe una larga tradición tanto en la formación de psicoterapeutas, a través de su relación con la Fundación OMIE, como en la aplicación de abordajes psicoterapéuticos tanto a nivel ambulatorio como de hospitalización. Finalmente, los psicoterapeutas deberíamos considerar nuestra propia responsabilidad en el escaso número de tratamientos psicoterapéuticos que se realizan en nuestra Red.

Palabras clave

Psicoterapia, Red Pública de Salud Mental, Psicodinámico, Integración.

Abstract

Psychotherapy has its own and important place in the current Mental Health Public Network, due to the accepted bio-psycho-social view, the abundant evidences of efficacy and the limitations of the current pharmacological approaches. There is a "possible" psychotherapy, characterized by a flexible integration of several techniques and orientations in an adaptation to the peculiar circumstances of the public setting. In Basurto Hospital, as in others of our Units, there is a long tradition in psychotherapy training (due to our relationship to OMIE Foundation) and also in psychotherapy treatment programs for out-and also in-patients. Finally, therapists should explore our own contribution to the scarce number of psychotherapy treatments in our Mental Health Network.

Key words

Psychotherapy, Public Mental Health Network, Psychodynamics, Integration.

PSICOTERAPIA EN EL ÁMBITO PÚBLICO

Lo primero que nos debemos plantear al hablar de psicoterapia en el ámbito público es saber qué se nos pide.

Los pacientes nos piden un alivio rápido, duradero y no doloroso del sufrimiento. Los propietarios de este sistema, que son los ciudadanos, cumplen un doble rol, el de propietario y paciente y como tal, esperan la máxima capacidad y eficacia posible diagnóstica y de tratamiento.



Los administradores y la autoridad sanitaria, por su parte, nos piden calidad, una asistencia adecuada al nivel esperado para nuestro país dentro del conjunto de naciones y una contención de costes en función de la limitación que imponen los fondos públicos. Y nosotros, los profesionales, nos pedimos sobre todo, calidad científico-técnica y una satisfacción propia en cuanto al trabajo que desarrollamos.

Nuestra misión dentro de este panorama es, por tanto, buscar la máxima capacidad diagnóstica y terapéutica para aliviar el sufrimiento de los pacientes y de su entorno aprovechando al máximo los fondos públicos que se nos confían.

Teniendo estos factores en cuenta, la cuestión de si la psicoterapia tiene sentido en esta misión y dentro del ámbito público, es indudable y se ve justificada por diversos factores.

En primer lugar, en la salud mental contemporánea debemos funcionar bajo un modelo teórico bio-psico-social al considerar la aparición, desarrollo, evolución y terapéutica de las enfermedades mentales.

En segundo lugar, las terapias biológicas han mostrado una serie de insuficiencias: ineficacia de fármacos en los que se había puesto una gran esperanza, tratamientos que se hacen crónicos, y un aumento de los costes, con lo que el esfuerzo ciudadano para sufragar el gasto sanitario es mayor.

Y en tercer lugar, disponemos de evidencias de la eficacia de la psicoterapia tras estudios bien diseñados en muchas de las patologías más frecuentes de la población, incluso en algunas de las más graves.

A esto hay que añadir la aparición en los 80, de la revolución de las Psicoterapias de Tiempo Limitado o Breves, disponiendo hoy en día de abordajes psicoterapéuticos posibles, por el tiempo invertido en su aplicación y por el tiem-

po de formación exigida por los profesionales que las van a aplicar.

Los tipos de psicoterapias que desde mi punto de vista son aplicables en la salud pública son diversos, entre ellos:

- “*Abordajes de encuadres Grupales*”. Utilizan eficientemente los recursos tanto desde el punto de vista de profesionales como temporal sin mermar la eficacia y calidad.
- “*Psicoterapias de Apoyo de Tiempo no limitado*” en algunos pacientes con patologías crónicas. El objetivo es la intervención temprana ante recaídas o recurrencias, las habilidades de autodiagnóstico y de detección temprana de síntomas.
- Las “*Psicoterapias Individuales Breves*” pueden ser beneficiosas para pacientes con cuadros adaptativos reactivos, pacientes con una fortaleza yoica importante y un funcionamiento a buen nivel pero con crisis que pueden ser resueltas sin la necesidad de una farmacologización excesiva.

Todas estas técnicas tienen en común la eficiencia, el espíritu integrador y una apertura a la investigación clínica sobre resultados y procesos.

LA BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA EN PSICOTERAPIA

La búsqueda de evidencia en psicoterapia es esencial. Requiere una exploración sistemática por parte del clínico de los estudios sobre eficacia disponibles. Sin embargo, aplicar los principios de la Medicina Basa en la Evidencia a la psicoterapia, al igual que a otras áreas de la asistencia sanitaria como la Cirugía conlleva bastantes problemas.

Mientras que la aleatorización sí se puede alcanzar con escasos problemas en la psicoterapia, el doble ciego es imposible de alcanzar, ya que no es posible que el terapeuta no sepa qué tratamiento está utilizando, y aunque se puede paliar con maniobras técnicas, éstas nos llevarán



an a soluciones únicamente parciales del problema.

El grupo control o placebo también tiene dificultades. El uso de placebo en los ensayos clínicos a veces se considera poco ético y en psicoterapia es difícil encontrar una intervención realmente neutral. Por ello, en los estudios modernos, lo que se utiliza como comparador sería el "treatment as usual" o tratamiento habitual, que difiere mucho entre unos y otros sistemas sanitarios, lo cual dificulta la posibilidad de replicar un ensayo clínico original con esta rama de tratamiento tan diferente.

Encontramos un problema añadido a considerar en el hecho de que los estudios en psicoterapia son mucho más costosos que los farmacológicos y las compañías farmacéuticas no respaldan este tipo de investigaciones. Por su parte, el sistema público ha sido muy remiso a financiar de forma total estas investigaciones y únicamente beca de manera parcial ciertos proyectos de investigación. Evidentemente este no es el sistema para llevar a cabo grandes estudios con tamaños muestrales importantes.

Además, nos encontramos con otros problemas importantes como: el solapamiento de las técnicas (Ablon, J. S. & Jones, E. E., 2002); la dificultad para medir los resultados (outcomes) que obtenemos en los estudios de psicoterapia, a pesar del gran avance alcanzado con las escalas de valoración de síntomas que paliar algo este problema y; la duración extensa de los tratamientos, incluso en psicoterapias breves (tratamientos de 5 ó 6 meses), si lo comparamos con los ensayos clínicos de farmacología.

El panorama actual muestra que se ha producido un movimiento generalizado en la psicoterapia a realizar proyectos de investigación cercanos al modelo de ensayo clínico randomizado de farmacología y se ha abandonado el modo de investigar clásico de psicoterapia basado en un análisis exhaustivo de casos únicos o de series de casos cortas, que permite un

examen rico de detalles que no pueden estudiarse en los estudios cuantitativos experimentales habituales. Lo deseable sería que sin abandonar el tipo de estudio clásico, éstos fuesen combinados con modalidades de investigación siguiendo la metodología de ensayo clínico randomizado actual.

LA REALIDAD DE LA PSICOERAPIA EN EL ÁMBITO PÚBLICO

La realidad de la psicoterapia en el ámbito público es que se está llevando a cabo la llamada "psicoterapia posible", la cual está sujeta a múltiples limitaciones impuestas: las características de los pacientes reales, muy alejados de los pacientes de los ensayos clínicos; las características de la institución; el encuadre físico; la orientación de la institución; aspectos económicos; y las características del terapeuta.

Los clínicos tendemos a pensar que el tratamiento es diseñado por nosotros, pero la realidad es que en la mayoría de los casos el tratamiento es diseñado con frecuencia por el paciente. En estudios realizados en Estados Unidos se halló que los pacientes "eligen las terapias breves": la gran mayoría de los pacientes eran vistos entre 6 y 8 sesiones, el 90 % estaban en tratamiento menos de 10 sesiones y el 50 % obtuvieron un beneficio antes de la 8ª sesión (Levenson H, 1995; Levenson H, Butler S, Powers T, & Beitman, BD, 2002).

Estas terapias breves no son definidas como breves por el terapeuta al inicio del tratamiento, sino que se hacen breves por la decisión del paciente, que es quien interrumpe el tratamiento. El paciente moldea su propio tratamiento (Gonzalez Torres, MA & Oraa Gil, R, 2007): escoge qué y cuánta psicoterapia, decide cómo y hasta cuándo tomar la medicación y a veces decide incluso qué fármaco tomar. Estudios recientes informan que en medicina general hacia el 40 % de los clientes no cumplen el tratamiento tal y como había sido prescrito (Blackwell, B, 2000), estas cifras sólo mejoran en aquellas patologías en donde se evidencia un



incremento de los síntomas de forma muy inmediata cuando se abandona el tratamiento.

Además, la combinación de psicoterapia y psicofármaco no buscada por el clínico es algo habitual. Nos encontramos a menudo pacientes que están recibiendo dos tratamientos por dos profesionales distintos que trabajan en paralelo desconociendo el uno la existencia del otro; en esta situación, la desintegración del tratamiento es prácticamente obligada.

En la mayoría de los equipos públicos la situación actual es complicada, ya que los programas de psicoterapia son escasos, están poco estructurados y suelen estar asociados más a iniciativas personales o de un grupo de profesionales que debido a una oferta abierta, detallada y generalizada.

En muchos de estos equipos nos encontramos con una visión de la biología mal entendida, dogmática y excluyente que conlleva al desconocimiento, desconfianza y descalificación de la psicoterapia. La situación inversa, con una conceptualización dogmática de lo psicoterapéutico, llevaría a las mismas consecuencias en lo referente a lo biológico.

En el contexto de la formación continuada de los equipos, los residentes terminan su período de formación sin adquirir un entrenamiento formalizado en psicoterapia, y si este existe, se trata de una formación extracurricular y en instituciones privadas, suponiendo un sacrificio personal, económico y una desintegración de la formación.

Los programas de psicoterapia puestos en marcha en los equipos públicos tienen algunas dificultades claras.

- La *estructuración es difícil*, ya que en muchas ocasiones la oferta de esta psicoterapia se hace en base a la formación o preferencias del profesional, y no tanto a las necesidades de la población atendida.

- Es habitual que los psicoterapeutas tengan una *posición excéntrica* en los equipos y por tanto su tarea se vea como no nuclear.
- Existe una *confusión de roles*, ya que los abordajes psicoterapéuticos son abordados ya no solo por psiquiatras o psicólogos clínicos, sino por trabajadores sociales formados para ello o enfermeras psiquiátricas. Esto supone un riqueza para el equipo pero complica las relaciones por el solapamiento de roles.
- Y hay una *escasez crónica de profesionales* dispuestos a llevar a cabo supervisiones de casos tratados por residentes o por profesionales junior.

Los tipos de psicoterapias que se suelen ofertar se podrían clasificar en 3 grandes grupos.

- El *tipo desorganizado*, que es un tipo en el cual se oferta al paciente diferentes posibilidades terapéuticas a escoger, que tienen que ver más con la disponibilidad de técnicas y terapeutas más que con la necesidad del paciente.
- *Técnicas Terapéuticas Manualizadas*, todavía raras.
- Los programas de psicoterapia orientados a *Factores Comunes*. Van dirigidas al manejo básico de problemáticas generales del paciente atendiendo a la alianza de trabajo, de modo tal que permite que profesionales formados en diversas modalidades terapéuticas compartan una misma visión del tratamiento y de las posibles intervenciones terapéuticas.

PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA EN EL HOSPITAL DE BASURTO

En el Hospital de Basurto se vienen desarrollando programas de psicoterapia desde su creación, hace 30 años. El trabajo psicoterapéutico ha tenido que ver con los programas y actividades de formación, docencia, investigación y es parte importante de la asistencia en nuestro servicio (7000 atenciones en grupo en pacientes ambulatorios, y 10.000 atenciones en grupo a pacientes hospitalizados por año).



La psicoterapia en la **Unidad de Hospitalización** tiene algunas características relevantes. Concretamente, los grupos que se han ido realizando y que se mantienen en la actualidad se han visto influidos en su desarrollo fundamentalmente por la obra de Irvin Yalom que ha marcado la línea de trabajo desde el comienzo (Yalom, ID, 1983; Yalom, ID & Lesczc, M, 2005) y son los siguientes:

El “*Grupo de Buenos Días*”, es un grupo grande en el que participan la mayoría de los pacientes de la planta. Permite evaluar la situación clínica de los pacientes, modelar la atmósfera terapéutica, afinar el diagnóstico clínico y de seguimiento y el manejo de ansiedades fundamentales.

El “*Grupo Pequeño*”, se hace con aquellos pacientes con mayor capacidad funcional en el momento, con mayor insight y mayor capacidad verbal y se trabaja en el apoyo incluyendo algunas intervenciones que favorezcan la introspección.

Los “*Grupos Psicoeducativos*” son llevados a cabo por enfermería con una labor fundamental de educación del paciente en cuanto al cumplimiento de la medicación, efectos secundarios, medicación, tratamientos posibles, seguimientos, actividades sociales, etc.

El “*Grupo de Dibujo*”, es un grupo en el que se propone a los pacientes la ejecución de un dibujo libre sobre el que se trabaja. Tiene una vertiente ocupacional y una vertiente clínica, ya que se utiliza ese dibujo y su interpretación como un elemento evaluador más.

Los problemas fundamentales de la psicoterapia en la Hospitalización son el solapamiento de roles, el trasvase de conocimientos sobre los pacientes y la sala, un límite claro en el trabajo grupal por el establecimiento de los nuevos modelos de gestión que tienden hacia una estancia media descendente, problemas de la rotación, de severidad y del formato de sesión única.

Los Programas de Psicoterapia en los **pacientes no ingresados** pueden dividirse en función de la patología principal.

En los abordajes psicoterapéuticos en **pacientes psicóticos**, tiene un papel fundamental el Hospital de Día, con abordajes tanto psicosociales como psicoterapéuticos.

Los “*Grupos de Medicación*”: un seguimiento ambulatorio en formato grupal de alta calidad que enfatiza el apoyo y la educación y que tiene una importancia fundamental por su potencial capacidad para disminuir la probabilidad de recaída y de reingreso.

Los “*Abordajes Grupales para pacientes psicóticos crónicos*” que han tenido mala evolución, con un componente importante de apoyo y en el que se trata de mantener a un buen nivel en un tipo de paciente muy deteriorado.

Los “*Grupos de Seguimiento*” para pacientes psicóticos post-Hospital de Día, que apoyan el tránsito del formato en H.D. al formato ambulatorio estándar.

Los “*Grupos Psicoeducativos con Familiares*”, grupo multifamiliar intensivo que busca el apoyo, educación y exploración de elementos familiares que pudieran dificultar la buena evolución del paciente.

Para el trabajo con **pacientes no psicóticos**, disponemos de grupos destinados a pacientes de la órbita neurótica: grupos de trastornos de ansiedad, de trastornos de la personalidad, de trastornos de la conducta alimentaria y grupos psicoeducativos para familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Además dentro de un **abordaje individual** existen pacientes en *Psicoterapia Individual Breve*, pacientes con *Psicoterapia Individual de Apoyo* en combinación con tratamientos farmacológicos y una consulta específica para pacientes oncológicos.



cos y familiares, en donde se realiza un trabajo breve habitualmente y más largo cuando se opta por el apoyo a pacientes con problemas emocionales relacionados con patología oncológica.

De particular interés, se está llevando a cabo un importante trabajo con los “*Grupos Balint*” que se realizan con el personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil y de Adultos de nuestro propio equipo, a cargo de un terapeuta de orientación grupoanalítica que viene de otro equipo para mantener la distancia adecuada con los problemas que allí se manejan.

Y algunos de nosotros realizamos “*Grupos Balint*” con personal de enfermería de los equipos de Oncología y Hematología de nuestro hospital para examinar aspectos de corte emocional ante pacientes, familiares, situaciones de terminalidad, de sufrimiento, etc.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la Gestión, una psicoterapia que suponga la disminución del número de ingresos y de su duración, del número de visitas a la urgencia, y del sufrimiento del paciente, es sin duda, una psicoterapia viable para el sistema público. Una intervención clínicamente útil y que suponga una disminución de gastos es una intervención económicamente eficiente.

Creemos que todos los psicoterapeutas que trabajamos en la red pública deberíamos plantearnos por qué se realiza tan poca psicoterapia en la red. No parece que sea debido a la falta de pro-

fesionales, al menos en la Red pública vasca donde muchos profesionales poseen algún nivel de formación psicoterapéutica. Puede que influya la falta de variedad en los abordajes psicoterapéuticos, ya que la mayoría de los clínicos entre nosotros poseen una orientación psicodinámica o, en algunos casos, sistémica y faltan profesionales entrenados en modelos tan relevantes hoy en día como son el cognitivo-conductual o los modelos integradores.

Sería discutible una justificación por falta de tiempo, porque a pesar de la presión por un rendimiento alto de la institución, en algunos de nuestros centros podríamos tener tiempo para desarrollar algunos de los programas de psicoterapia de enorme interés que hoy existen.

El espacio físico podría ser encontrado, la eficacia está demostrada por multitud de evidencias en muchos de los trastornos, y el clínico posee entre nosotros bastante autonomía a la hora de determinar las intervenciones que lleva a cabo.

En resumen tendríamos que revisar cuál es nuestra contribución en el problema, cuál es el papel que tenemos los psicoterapeutas en el hecho de que se haga poca psicoterapia en la salud pública.

Deberíamos reflexionar acerca del compromiso que nos exige el realizar psicoterapia e incluso sobre la implicación emocional y profesional que requiere la psicoterapia. Todos ellos podrían ser factores determinantes en esta situación actual en nuestra red, donde sin duda llevamos a cabo menos tratamientos psicoterapéuticos de los que podríamos y deberíamos.



REFERENCIAS

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am.J.Psychiatry*, 159, 775-783.
- Blackwell, B. (2000). Treatment compliance. In B.Sadock & V. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins).
- Gonzalez Torres, M. & Oraa Gil, R. (2007). Adherencia en psicoterapia. *Norte, Remitido en espera de aceptación*.
- Levenson H (1995). *Time limited dynamic psychotherapy. A guide to clinical practice*. New York: Basic Books.
- Levenson H, Butler S, Powers T, & Beitman, B. (2002). *Brief dynamic and interpersonal therapy*. (Second ed.) Washington DC: American Psychiatric Press.
- Yalom, I. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. & Lesczc, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. (5 ed.) New York: Basic Books.