

# Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria

Psychotherapies in the public health care system. From a personal preference to a necessary therapeutic response

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ TORRES

*Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco.  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España.*

*Correspondencia: Miguel Ángel González Torres (MIGUELANGEL.GONZALEZ-TORRES@osakidetza.eus)*

Recibido: 23/08/2019; aceptado con modificaciones: 2/11/2019

**Resumen:** Las psicoterapias, en plural, constituyen un recurso terapéutico fundamental que con frecuencia se oferta muy escasamente en el sistema público de salud mental. Los psicoterapeutas mantenemos a menudo actitudes dogmáticas que perturban la difusión de las técnicas y su implementación. Es imprescindible una perspectiva biopsicosocial real y, a la vez, una actitud integradora auténtica que recoja la realidad múltiple de lo psíquico y los diferentes modos de acercarse a ello. Las autoridades sanitarias tienden a prestar escasa atención real a este tema y existe una asombrosa indiferencia por parte de profesionales, autoridades, pacientes y sociedad en general ante el hecho gravísimo de que no se está ofertando a los pacientes tratamientos que en algunas ocasiones constituyen la única intervención eficaz que se conoce. Conviene realizar una autocrítica al examinar los factores que influyen en esta preocupante situación, pues algunas variables importantes dependen de nosotros, los propios psicoterapeutas. El funcionamiento desde un dualismo trasnochado, nuestro desconocimiento de las abundantes evidencias que apoyan nuestra práctica, los

narcisismos infantiles de las pequeñas diferencias profesionales y el hecho muy real de que los profesionales podemos optar sencillamente por no hacer psicoterapia en nuestra práctica diaria son aspectos que merecen una seria reflexión. Las psicoterapias no son prácticas atractivas que debieran depender de peripecias formativas o biográficas de los clínicos concretos, sino potentes herramientas terapéuticas que tenemos la obligación de proporcionar a nuestros pacientes y que, además, suponen una manera especialmente humana, digna y respetuosa de construir vínculos significativos con ellos.

**Palabras clave:** psicoterapias, sistema público de salud, perspectiva biopsicosocial.

**Abstract:** Psychotherapies, in plural, are a fundamental therapeutic resource that is often hardly provided in the public health care system. Psychotherapists usually hold dogmatic attitudes that disrupt the spread and implementation of these techniques. A real bio-psycho-social approach and, at the same time, a genuine integrative perspective that embraces the multiple reality of the psychic and the different ways of approaching it are crucial. Health care authorities tend to overlook this issue and there is an amazing lack of interest for the professionals, authorities, patients and, in general, society's part regarding the fact that patients are not being provided with a treatment that is sometimes the only effective intervention known. Self-criticism regarding factors involved in such a worrying situation is required, since some important variables depend on psychotherapists ourselves. The outdated dualist perspective, the lack of awareness of the abundant evidence supporting our practice, the childish narcissism that lies behind little professional differences, and the very fact that professionals may simply opt out of psychotherapy in our clinical practice are aspects that should be seriously reflected upon. Psychotherapies are powerful therapeutic techniques. For this reason, their implementation should not rely on the biographical or training vicissitudes of specific clinicians, but they should be mandatorily provided by mental health professionals. In addition, they involve a specifically human way, dignified and respectful, to establish significant bonds with patients.

**Key words:** psychotherapies, public health care system, biopsychosocial approach.

## INTRODUCCIÓN

**D**EBEMOS UTILIZAR EL PLURAL. No existe LA Psicoterapia, sino muchas psicoterapias diversas, orientadas a diferentes objetivos, usando diferentes herramientas. Dejando aparte la comodidad en el habla diaria al usar el singular, la realidad es que a menudo este singular conlleva un aroma que revela uno de los problemas que ha afectado a este campo de la asistencia sanitaria desde siempre: el dogmatismo. Con frecuencia quien habla da a entender que hay una verdadera

psicoterapia que reúne todas las virtudes y las demás son pálidos remedos de la única y relevante. Ese dogmatismo tiene su origen lógico en una formación a menudo unilateral y miope, que plantea al alumno –“candidato”, en la jerga de algunas psicoterapias– esta visión parcial.

El campo de la salud mental vive afectado por una discrepancia intensa entre lo que decimos, esa serie de mantras que repetimos como una oración laica que nos conforta, y lo que hacemos, alejado a veces de lo que esos mantras implican. Cualquier equipo psiquiátrico afirmará rotundo que mantiene una perspectiva biopsicosocial. Con frecuencia esa definición es un velo que cubre una práctica en la que lo social está ausente y lo psicológico es una leve pátina de escasa importancia. Por supuesto, existen también algunos equipos, menos, que, manteniendo una postura totalmente dualista quinientos años después de la muerte de Descartes, afirman con fe ciega que el cuerpo es un mero vehículo de transporte para nuestro psiquismo y la red social que nos envuelve. Algo similar ocurre con la llamada perspectiva integradora que muchos equipos dicen mantener y que no se refleja en su realidad asistencial.

Es imprescindible practicar una perspectiva biopsicosocial en la que seamos conscientes de que tratamos personas que se hallan en relación, en el contexto de una realidad física fundamental, un mundo interno y un contexto grupal que nos contiene y proyecta. Es obligado practicar una actitud verdaderamente integradora que no siempre implica combinar abordajes, sino sobre todo conocer que no estamos solos, que existen otras maneras de acercarse al sufrimiento humano y que solo esa posición de humildad original va a permitirnos colaborar, cuidar, ayudar, explorar, descubrir. El símil de la orquesta es sin duda útil aquí. Cada músico dentro del conjunto está especializado en un instrumento, pero conoce varios más y, sobre todo, es consciente de que el universo musical es muy amplio y hay otros modos de acercarse a la belleza sonora diferentes al suyo. ¿Podemos imaginar a un violinista despreciando al chelista que se sienta al lado y considerándolo una especie de submúsico que no ha recibido la Gracia del arte verdadero?

Ciertamente una parte de las actitudes de rechazo o indiferencia que todavía hoy recogen las psicoterapias tiene que ver con las propias actitudes de los psicoterapeutas en el pasado. Hablando solo de dos de los modelos más conocidos, podemos señalar que las actitudes altivas, despectivas e irrespetuosas de psicoanalistas en el pasado fueron caldo de cultivo extraordinario para rechazos posteriores por la comunidad de la salud mental. Posiciones de teóricos prominentes del conductismo, como Skinner, francamente cercanas al fascismo (1), obviamente cuadran con la crítica acerba que generó en su día esta visión terapéutica.

No es fácil describir la situación actual de las técnicas de psicoterapia en los sistemas públicos de salud mental. Las circunstancias varían enormemente no solo en-

tre distintas CC. AA, sino también dentro de las mismas. Es perfectamente posible encontrar hoy dentro de una misma ciudad dispositivos que cuentan con una oferta razonable de terapias y terapeutas al lado de otros que no cuentan prácticamente con ningún recurso en este sentido.

Sin duda, esto es el resultado de múltiples factores, algunos de los cuales abordaremos en este texto. Entre ellos hay uno que destaca especialmente: la ausencia de planificación, también en esta área. La oferta psicoterapéutica existente ha dependido de iniciativas muy particulares de equipos, e incluso de profesionales concretos, y no es producto en casi ningún lugar en nuestro país de una reflexión sosegada y un plan dirigido a dar a los ciudadanos los tratamientos que pueden beneficiarles.

Desde mi punto de vista, las autoridades tienden en general a tomar una actitud de distancia frente a la salud mental, en general, y las psicoterapias, en particular. Con frecuencia, quien toma decisiones nos ve como un colectivo heterogéneo, complejo y difícil de entender, y que demasiado a menudo se enzarza en discusiones alejadas de la práctica asistencial que esas autoridades observan con simpático desdén y en las que, desde luego, no intervienen. A veces, nosotros mismos hemos jugado con esa confusión, simplificando en extremo propuestas complejas y reflexiones profundas hasta llegar a transmitir a las autoridades visiones que de tan esquemáticas se vuelven inútiles.

En ocasiones, sumergidos en nuestra burbuja teórico-práctica, no percibimos la falta de respeto a los pacientes que supone negarles los tratamientos que necesitan y merecen. Basta un ejemplo sencillo para ver el problema con mayor claridad. Años atrás se descubrió que mucha patología ulcerosa gastroduodenal se relacionaba con una infección por *Helicobacter pylori*. Esto transformó radicalmente la atención a miles de pacientes en todo el mundo, que a menudo pasaban por una intervención quirúrgica mayor y ahora toman una tanda de antibióticos comunes que eliminan el origen de la infección y la clínica que la acompaña. Ni los pacientes ni los profesionales ni las autoridades hoy en cualquier lugar de España considerarían aceptable que no se le hiciera una prueba de detección de *Helicobacter pylori* a una persona con cierta patología gastroduodenal y se iniciara el tratamiento correspondiente con antibióticos. No hacerlo sería considerado negligente y, sin duda, llevaría a quejas y posiblemente indemnizaciones.

En nuestro campo, en cambio, las cosas son radicalmente diferentes. Tomemos el caso del trastorno límite de personalidad (TLP), patología grave, acompañada de riesgo suicida importante, autolesiones, comorbilidades múltiples y generadora de numerosos ingresos hospitalarios y visitas a urgencias. Cualquiera de los estudios disponibles, nacionales e internacionales (2,3), señalan taxativamente que el tratamiento indicado en el TLP es una psicoterapia dentro de un pequeño grupo de técnicas que han mostrado evidencias de eficacia: Terapia Dialéctica Conductual (DBT,

por sus siglas en inglés), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP), Terapia Basada en la Mentalización (MBT), Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), Terapia Cognitivo Analítica (CAT), Terapia de Esquemas (ST)... Nuestra realidad es que la abrumadora mayoría de los pacientes diagnosticados de TLP y atendidos en nuestros dispositivos no reciben ninguna de esas técnicas. Este hecho, conocido por todos –autoridades, profesionales, pacientes–, asombrosamente no genera ninguna protesta, ninguna queja, ninguna medida asistencial relevante.

Las técnicas de psicoterapia no son solamente herramientas asistenciales útiles, de eficacia probada y en ocasiones la indicación principal o incluso la única. También constituyen prácticas terapéuticas de enorme riqueza para paciente y terapeuta al implicar un vínculo especial que une a los participantes en una relación significativa y fascinante. El respeto al otro y su particularidad, la exploración del mundo interno de nuestro interlocutor y de quienes nos rodean, implica un viaje fascinante que a muchos terapeutas con años de experiencia nos sigue atrayendo. La inversión de la manera habitual de observar, pasando de buscar semejanzas con otros pacientes a buscar precisamente lo que convierte en único a ese paciente, convierte a las psicoterapias en el paradigma de la “Medicina Personalizada”. No existe tratamiento más a medida que aquel que se construye partiendo de una biografía humana y en el contexto de un vínculo real entre dos personas. Un vínculo de respeto, consideración, dignidad.

Así pues, las psicoterapias son fascinantes, útiles, necesarias... ¿Por qué su uso es tan escaso? ¿Cómo podemos entender esto? Si la tribu de los “psi” en general muestra una irresistible y morbosa tendencia a la autoflagelación, el subgrupo de los psicoterapeutas añade ejercicios constantes de derivación de responsabilidades hacia autoridades diversas que por su desinterés o atención a otros temas nos impiden ofrecer a los pacientes esas técnicas que, de ser usadas, convertirían nuestros dispositivos de psiquiatría y psicología clínica en verdaderos vergeles de salud.

Ciertamente, la estructura y los recursos de los sistemas sanitarios públicos en España no facilitan la inclusión de psicoterapias en la oferta terapéutica de los equipos de salud mental. La carga asistencial es muy importante en muchos lugares y es difícil encontrar el tiempo y la pausa necesarios para dar a algunos pacientes la atención intensiva que las psicoterapias implican. Pero, más allá de este hecho conocido, una crítica seria de la situación actual debiera empezar por una autocrítica. ¿Cuál es la responsabilidad de quienes tenemos formación psicoterapéutica en la escasa presencia de estas herramientas? Intentaremos ahondar también en ello en esta reflexión. Empezaré afirmando que precisamente somos nosotros los psicoterapeutas quienes tenemos la obligación de mostrar lo que hacemos y sus posibilidades, difundir la evidencia que sustenta nuestros modelos, propagar su uso y dejar bien

claro, reiteradamente, a quienes tienen autoridad sanitaria que el uso de las PT (Psicoterapias) no es un capricho teórico-práctico, sino algo que los pacientes precisan objetivamente y que tenemos la obligación de proporcionarles.

Sin duda, quienes tenemos actividad docente contamos con una mayor responsabilidad. ¿De verdad estamos formando a los residentes en el conocimiento, el respeto y la familiaridad con las técnicas de PT? ¿Y a los alumnos de Medicina o Psicología? ¿Y a las enfermeras o los trabajadores sociales? Todos esos profesionales del futuro, que cubrirán tanto la actividad asistencial como la responsabilidad gestora del mañana, ¿cómo van a entender el valor de las psicoterapias si no se lo hemos transmitido durante su formación?

Resumiendo este aspecto, señalaría que antes de pedir cuentas debemos dar cuenta. Tratar, enseñar, difundir, compartir, investigar, antes de lanzarnos a buscar culpables de una situación penosa de la que somos en buena parte responsables los propios psicoterapeutas.

#### DIVERSAS SITUACIONES DE LAS PSICOTERAPIAS EN EL SISTEMA PÚBLICO

Ciertamente, es posible entre nosotros encontrar equipos en los que la oferta de PT es sencillamente inexistente. En algunos casos se trata de una actitud deliberada y reflexiva. Descartes publicó en 1649 *Las pasiones del alma*. Allí señalaba cómo la materia y el espíritu, o el cuerpo y el alma, eran entidades diferentes y con distintas propiedades. No había contacto entre estas dimensiones y cuando se producía (lo cual era una evidencia cotidiana por la capacidad de nuestra mente de generar movimiento y conductas en el espacio físico), ello se debía a la voluntad de Dios, que permitía ese sutil contacto entre dos mundos. Esta idea está en la base del llamado “dualismo cartesiano”. Para algunos, quinientos años después, Descartes sigue vivo y su dualismo es parte sustancial de la perspectiva de muchos profesionales. Quizá no en un sentido “fuerte” del término, pero sí en el contexto cotidiano. Lo mental desde esta perspectiva es sola y exclusivamente algo derivado de la biología del Sistema Nervioso Central (SNC) y que puede reducirse a la misma. Aunque hoy no es posible, nos dicen, llegará un momento en el que efectivamente podremos entender el cerebro y así entenderemos la mente.

Esta idea, ingenua y muchas veces bienintencionada, tiene como consecuencia lógica focalizar la tarea en la actuación sobre esa biología aún no bien entendida del SNC, porque así llegaremos a influir en los fenómenos mentales. Estamos lejos de saber de qué modo, pero algunos poseen una fe inquebrantable en que algún día en el futuro los fenómenos electroquímicos cerebrales nos darán la llave de emociones, sentimientos, deseos, temores. De manera congruente con esta visión, los equipos se disponen a trabajar con los últimos avances en tratamientos farmacológicos, dejando

los abordajes psicoterapéuticos como meros elementos coadyuvantes, realizados en general por profesionales en la periferia del equipo.

El llamado problema mente-cuerpo supone una cuestión abierta en la filosofía y en la ciencia en general desde el tiempo de los presocráticos y está muy lejos de estar resuelta. Desde las técnicas de psicoterapia se han hecho esfuerzos, algunos muy valiosos (4,5), para acercar estos dos mundos (6, para una reflexión en torno a neurociencia y psicoanálisis). Muchas de las grandes figuras de la neurociencia, como Kandel (7), Damasio (8), Panksepp (9), Ledoux (10) o Changeux (11), se han acercado con enorme interés a esta frontera y surgen voces potentes hoy en el mundo de la filosofía contemporánea (12) que cuestionan profundamente la actitud reduccionista de algunos. Incluso desde la física teórica y la mecánica cuántica (13) se explora esta frontera, ciertamente abriendo más puertas de las que se cierran, sin encontrar todavía respuestas concluyentes.

Es, sin duda, fascinante cómo en el día a día todos estamos familiarizados con la compleja interpelación entre hardware y software en cualquier máquina informática. Entendemos perfectamente que la aplicación “corre” en el hardware, pero que este no genera aquella. Entendemos también que estos dos mundo interactúan y que un error en las líneas del programa puede generar mal funcionamiento del hardware hasta ser capaz de dañarlo física e irreversiblemente. También, por supuesto, ocurre en sentido inverso y algunos problemas físicos en la máquina serán capaces de alterar la cadena de instrucciones que constituye el programa y dañarlo para siempre. Desde luego, hablamos de realidades con complejidades diferentes en varios órdenes de magnitud, pero, ¿no podríamos aplicar este modelo, simple, de software-hardware para construir una actitud más holística e integradora que nos lleve a atender a la persona como un todo, una compleja entidad que integra mente y materia, cuerpo y espíritu? A menudo funcionamos como si los ingenieros de Intel no reconocieran la existencia de los de Microsoft y viceversa. Simplificando quizá en exceso, podríamos decir que los psicoterapeutas nos centramos en el “software” de lo mental y del mundo interno, buscando llegar a toda la persona, mente y cuerpo, en el contexto de su situación vincular actual y pasada.

## PROBLEMAS HABITUALES EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL RELATIVOS A LA POSICIÓN DE LA PT

### *a) Los programas de PT son excéntricos*

En relación con lo que acabamos de comentar, las actividades PT se llevan a cabo como un mero añadido a la actividad central del equipo, a menudo gracias a profesionales periféricos. Pueden ser clínicos en dedicación parcial o con poca expe-

riencia, quizá residentes, en ocasiones alumnos de posgrado en prácticas o incluso personal voluntario. Este esquema convierte las PT en algo meramente decorativo y sin duda transmite el mensaje al sistema de que las PT son prescindibles y nunca fundamentales.

*b) El Jefe del Servicio no participa*

El hecho de que la persona responsable del equipo practique alguna PT convierte de inmediato esta tarea en algo respetado y de valor. No se trata ya de algo ajeno a la tarea central del equipo, sino una actividad clínica significativa y cargada de importancia.

*c) Las psicoterapias son “cosa de los psicólogos”*

Las técnicas de psicoterapia deben ser aplicadas por psicoterapeutas. Con frecuencia, los clínicos que las llevan a cabo son psicólogos clínicos y otras veces son enfermeras, psiquiatras o trabajadores sociales. Ninguna de esas profesiones faculta en sí misma para trabajar en psicoterapia y, por tanto, siempre es necesario complementar la formación clínica básica de esos profesionales con entrenamiento específico en el modelo y la técnica de que se trate.

Es especialmente preocupante la idea de algunos psiquiatras de que las psicoterapias son actividades clínicas ajenas a nosotros, que debiéramos centrarnos en los abordajes puramente biológicos. Un argumento sencillo que desmonta esta idea parte de la reflexión de que los psiquiatras no tratamos cerebros, sino personas, y las personas se componen de mente y cuerpo en un contexto relacional. En el fondo, simplemente estamos abrazando el viejo paradigma de lo biopsicosocial, tantas veces recordado y más veces olvidado. Por supuesto, no hay problema alguno en que la práctica clínica de alguien se centre en lo mental o en lo biológico, o en lo relacional, siempre y cuando no se olvide que la realidad es más amplia. Trabajar con acuarelas no debe hacernos olvidar que existen el óleo o el pastel. Conocer mi ciudad al dedillo no debe hacerme olvidar que existe una naturaleza más allá de los límites urbanos, que otros exploran.

*d) No hay evidencias que apoyen la eficacia de las psicoterapias*

Esta creencia mítica va perdiendo fuerza; sobre todo, en lo relativo a las terapias de tipo cognitivo-conductual, que han hecho un mayor esfuerzo en la difusión de sus resultados de investigación. Sin embargo, hay modelos, como los psicoanalíticos, que todavía sufren de estas falsas creencias. Existen evidencias abundantes que apoyan claramente la eficacia de la mayoría de psicoterapias *mainstream*, incluyendo

desde luego las psicoanalíticas. El famoso texto de Roth y Fonagy (14), la revisión actualizada canadiense (15) u otras dedicadas específicamente al psicoanálisis (5, 16,17) desbordan de datos en este sentido. Hoy podemos afirmar taxativamente que el mantenimiento de esta creencia equívoca tiene que ver con la ignorancia y una cierta pereza intelectual.

Debemos aplicar de nuevo aquí el bisturí de la autocrítica, pues una causa principal de la pervivencia de esta falsa creencia respecto a la ausencia de datos sobre la psicoterapia, y especialmente el psicoanálisis, es la renuencia de los propios psicoterapeutas a estudiar, conocer y difundir los numerosos estudios disponibles. Si quienes practicamos las psicoterapias no conocemos esta bibliografía ni la difundimos entre otros colegas, ¿quién va a hacerlo? ¿Serán los expertos en neuroimagen funcional quienes van a lanzarse a los motores de búsqueda para estar al día sobre ensayos clínicos en, digamos, Terapia Basada en la Mentalización?

*e) Los clínicos con entrenamiento en psicoterapia no hacemos -a menudo- psicoterapia*

Un hallazgo repetido en los estudios que diferentes programas formativos en el área han hecho sobre la actividad clínica de los exalumnos consiste en que muchos de estos no continúan practicando técnicas de psicoterapia una vez graduados. Los estudios de Schneider *et al.* (18,19) en Chicago, así como otros de ámbito nacional (20) y, desde luego, la experiencia personal de muchos docentes de psicoterapia avalan esta idea: numerosos profesionales realizan formaciones muy exigentes en las que invierten energía, tiempo y dinero abundantes y luego no se lanzan a aplicar lo aprendido en su contexto clínico o, si lo hacen, abandonan pronto.

Las psicoterapias se basan casi todas ellas en la creación de un escenario vincular del que no puede aislarse el terapeuta. Ello supone un proceso sin duda eficaz, pero que a menudo incluye momentos de sufrimiento, incertidumbre, duda, angustia, que el terapeuta debe soportar y manejar. Para algunos profesionales, la satisfacción de lo logrado no compensa el esfuerzo y la angustia que a veces conlleva. Este trabajo requiere siempre una atmósfera de colaboración, de respeto, un escenario saludable en el que puedan desarrollarse esos encuentros complejos que constituyen las terapias. Cuando el terapeuta no encuentra ese entorno protector, es más fácil que opte por modelos de trabajo más protegidos que le generen menor tensión personal.

*f) Los clínicos psicoterapeutas podemos no hacer psicoterapia*

Los muy peculiares sistemas de selección de personal en el ámbito público español hacen con frecuencia imposible contratar psicoterapeutas. Existe en muchos lugares resistencia a “perfilar” las plazas y los contratos. De este modo, los profesio-

nales que llegan a un centro habrán de ser psiquiatras, psicólogos clínicos..., sin poder precisar mucho más el tipo de formación previa que se les pide y la tarea específica que habrán de llevar a cabo con los pacientes. Este punto de vista, mantenido con energía por muchas centrales sindicales, se basa en la idea de que la selección de perfiles otorga demasiado poder a los responsables de los equipos, con el riesgo de que estos acaben utilizando los criterios de selección para practicar el nepotismo o perjudicar en cualquier caso a profesionales sin contactos previos en el sistema.

Esta idea ha alcanzado el absurdo en algunas CC. AA donde se han llegado a realizar selecciones en algunos procesos de contratación en base a criterios como la fecha de nacimiento o el orden alfabético del apellido, sin duda, muy objetivos, pero completamente ajenos a cualquier criterio profesional. El núcleo de este modo de pensar lo constituye la concepción del trabajo en la administración pública como un bien propiedad de todos que debe ser gestionado básicamente desde los representantes de los trabajadores y con criterios de reparto equitativo. Desde esta perspectiva, es la antigüedad el criterio fundamental a tener en cuenta y no otros criterios funcionales. Desde algunos sectores, se considera la eficiencia clínica como algo que no debe ser evaluado de cara al acceso al puesto de trabajo. Es claro que este fenómeno se enmarca en un proceso de cambio social de enorme interés, con nuevas actitudes hacia la autoridad y que desborda los límites de este texto.

Debido a todo ello, la realidad es que en la mayoría de los equipos llevar a cabo tratamientos psicoterapéuticos no es algo exigible, pues tener formación y disposición para ello no ha sido uno de los criterios de selección que ha posibilitado la llegada del profesional. Por tanto, hacer o no psicoterapia se convierte a menudo en una libre opción personal del clínico concreto. Sin duda, la posibilidad de elegir no hacer psicoterapia facilita la opción por actividades profesionales posiblemente menos interesantes, pero seguramente también menos exigentes en cuanto a esfuerzo y tensión personal. Imaginemos un terapeuta que conduce un grupo. Si cancela una cita habrá una reacción grupal delicada. Si lo hace dos veces, es posible que la dinámica grupal se deteriore hasta que el cierre de la experiencia sea inevitable. No debe sorprendernos que algunos profesionales, formados en técnicas de psicoterapia, opten por modelos de trabajo que “aten” menos al profesional y le permitan mayor libertad para gestionar su tiempo y sus tareas.

#### ¿CÓMO POSIBILITAR Y FOMENTAR LAS PSICOTERAPIAS EN EL SISTEMA PÚBLICO?

El primer elemento sería una formación adecuada, alejada del dogmatismo y con espíritu realmente integrador. Esa formación debería estar presente tanto en los programas de formación continuada de los equipos como, por supuesto, en los programas de formación de residentes: MIR (Médico Interno Residente), PIR (Psi-

cólogo Interno Residente) y EIR (Enfermero Interno Residente). Si los futuros especialistas reciben formación psicoterapéutica durante su preparación, será más lógico que incluyan estas técnicas dentro de su arsenal terapéutico básico y las lleven consigo a los equipos donde desarrollarán su tarea más adelante. Autores como Kernberg (21,22) aportan una reflexión que, aunque en su caso se centra en el psicoanálisis, contiene numerosas claves aplicables en cualquier modelo.

Un elemento, en mi opinión, importante es que los formandos comiencen desde la primera etapa a cuestionar esta ridícula compartimentalización de los saberes y la idea de que el conocimiento sobre psicoterapia pertenece a “alguien”, los psicólogos, los psiquiatras... o cualquier otro profesional. Cierto es que esta situación se reproduce en muchas áreas de la asistencia que son abordadas desde diferentes especialidades. Un ejemplo sería: ¿a quién “pertenecen” las intervenciones de hemodinámica?, ¿a los cardiólogos, a los radiólogos intervencionistas, a los cirujanos cardíacos? La respuesta, en realidad, es fácil: esa área pertenece, sin duda, a los hemodinamistas, cuya formación original es y puede ser variada. No deberíamos olvidar que a los pacientes estos despliegues de narcisismo profesional de tono infantil no les interesan ni les benefician. Existe, sin embargo, una solución al menos parcial a este problema: es muy importante que por ejemplo los residentes reciban formación en psicoterapia proveniente de psicoterapeutas de profesiones ajenas a la suya. Si un residente de psiquiatría recibe supervisión en psicoterapia de un psicólogo, vivirá una relación saludable con un psicólogo en posición de conocimiento y autoridad, lo que, sin duda, contribuirá a que establezca vínculos profesionales más valiosos en el futuro. Si un residente de psicología clínica es supervisado por un psiquiatra, se generará el mismo fenómeno.

La formación debe ser, pues, integradora, transmitiendo con claridad a los formandos que lo mental se abre a muchas puertas y que es posible explorar el interior desde diferentes puntos de partida. Una base integradora dará paso luego a un conocimiento más profundo de un modelo concreto y alguna técnica dentro de él. Es lógico que un profesional se centre en una sola perspectiva; los problemas aparecen solo cuando pasa a creer que esa perspectiva es la única válida.

Como antes hemos señalado, el manejo de las evidencias que apoyan la eficacia del modelo con el que trabajamos y la difusión de las mismas en nuestro entorno profesional son parte de nuestra responsabilidad como terapeutas. Junto a esto, hay un gran trabajo que hacer en cuanto a construir en los terapeutas una capacidad de lectura crítica de la literatura científica. El diseño experimental por antonomasia dirigido a evaluar la eficacia de un tratamiento es el conocido Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), basado en los tres pilares fundamentales de asignación al azar, doble ciego y uso de placebo o grupo control. Como sabemos, tanto el doble ciego como el uso del placebo en psicoterapia suponen dos obstáculos importantes y a veces infranqueables.

Pese a ello, y recurriendo a algunos “parches metodológicos”, se han realizado importantísimos ensayos clínicos y metaanálisis en la gran mayoría de los modelos. Por otro lado, no deberíamos olvidar que el área de la medicina que más ha avanzado en las últimas décadas es posiblemente la cirugía. También en tratamientos quirúrgicos el doble ciego y el placebo son a menudo imposibles, con lo que se hace evidente que eficacia clínica, bienestar del paciente y ensayo clínico aleatorizado no son conceptos necesariamente vinculados. Las evidencias acumuladas son ya muy abundantes, los terapeutas tenemos la responsabilidad de conocerlas y, sobre todo, difundirlas.

Paralelamente a la metodología tradicional ECA, es importante avanzar en otro tipo de diseños, más cercanos a la manera de trabajar en psicoterapia. Los modelos de caso único (23), los estudios basados en Ecological Momentary Assessment (EMA) (24) o los estudios cualitativos (25) nos marcan líneas a seguir de enorme interés. Sin olvidar, por supuesto, los estudios basados en series de casos que han posibilitado los avances gigantescos de las cirugías contemporáneas.

#### ¿CUÁL DEBE SER LA OFERTA FINAL IDEAL DE PSICOTERAPIA EN UN EQUIPO PÚBLICO?

Es una pregunta difícil que sin embargo admite una reflexión serena. Depende de los pacientes que tratemos. Existen técnicas provenientes del modelo psicoanalítico, del cognitivo-conductual, del sistémico, integradoras... que permiten abordar problemáticas muy diferentes con efectividad. Los pacientes básicamente sanos que se hallan en un período de crisis para adaptarse a una nueva realidad, los pacientes muy graves que precisan abordajes farmacológicos complejos, los trastornos de la personalidad, los trastornos afectivos, las psicosis... pueden y deben ser abordados mediante psicoterapia, a menudo como un tratamiento en combinación y a veces (por ejemplo, en los trastornos de personalidad) como tratamiento fundamental. Debemos tener en cuenta que el marco grupal es quizá el formato por antonomasia en un sistema público como el nuestro, de recursos crecientes pero limitados. El grupo permite un abordaje psicoterapéutico de la máxima calidad y a la vez supone un uso de recursos excelente. Desde los formatos educativos hasta el grupoanálisis, pasando por los grupos de orientación cognitivo-conductual, son posibles encuadres grupales que se acomodan bien al sistema público si el equipo posee la formación adecuada, se siente cómodo con ellos y, por supuesto, tiene voluntad decidida de ponerlos en marcha y disposición a la implicación personal imprescindible.

La cultura psicoterapéutica del equipo, su formación y los pacientes a los que atiende deberán ser determinantes a la hora de escoger qué modelos, qué técnicas, a qué pacientes, etc. Hay, sin embargo, algunos elementos fundamentales que, en mi opinión, debieran estar siempre presentes en cualquier equipo: actitud integradora,

conocimiento al menos básico de modelos alternativos al que empleamos y atención preferente al formato grupal.

Un comentario final en torno a las supervisiones. Obviamente, la supervisión es un requisito imprescindible durante la formación. Consultar dudas con un colega más experto es lógicamente un paso más que conveniente. Pero no deberíamos olvidar que la llamada supervisión entre pares —es decir, compartir con colegas de diferente experiencia las dificultades que nos plantean los pacientes— constituye un elemento indispensable para lograr un buen nivel terapéutico y, sobre todo, para la supervivencia de los equipos. Las terapias contemporáneas, como la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan, la Terapia Basada en la Mentalización de Fonagy o la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg, remarcan todas ellas la necesidad de supervisión a lo largo de la vida profesional. El riesgo a evitar es la llamada “fatiga de la compasión” (26), que deja al terapeuta incapacitado para ayudar al paciente que le necesita y genera un sufrimiento paralizante.

Para terminar, diremos que es posible desarrollar programas psicoterapéuticos en los equipos públicos de salud mental en España. Es además imprescindible, pues la investigación existente nos confirma que en muchos casos los abordajes psicoterapéuticos son extremadamente útiles o incluso fundamentales. Quienes poseemos entrenamiento y experiencia en psicoterapias tenemos la responsabilidad de poner en marcha estos programas, conocer las evidencias que apoyan la utilidad de estos abordajes y, desde luego, difundirlas. Hacer psicoterapia en la red pública no es una opción personal del clínico dependiendo de preferencias ideológicas o vicisitudes biográficas. Se trata de una obligación que nos concierne y que no debemos soslayar. Los pacientes necesitan estas técnicas y nosotros como clínicos tenemos la responsabilidad de proporcionarlas. El insuficiente compromiso real de las autoridades en este tema no debería servirnos de excusa para abandonar esta obligación, sino en todo caso para redoblar nuestro esfuerzo buscando alianzas y colaboración, y actuando como difusores de conocimiento. La abrumadora mayoría de los colegas que no poseen formación psicoterapéutica o que dedican su atención a otros aspectos de la asistencia van a ver nuestro esfuerzo con simpatía, apreciando lo que las psicoterapias pueden aportar al paciente y al equipo.

Tenemos una tarea exigente pero también fascinante por delante.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Zuboff S. *The age of surveillance capitalism*. London: Profile Books, 2019.
- (2) Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (8): CD005652.
- (3) Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Kielsholm ML, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; (2): CD012955.
- (4) Solms M, Panksepp J. The “id” knows more than the “ego” admits: Neuropsychoanalytic and primal consciousness perspectives on the interface between affective and cognitive neuroscience. *Brain Sci*. 2012; 2(2), 147-175.
- (5) Solms M. The scientific standing of psychoanalysis. *BJPsych Int*. 2018; 15(1): 5-8.
- (6) González-Torres MA. Psychoanalysis and neuroscience. Friends or enemies? *Int Forum Psychoanal*. 2011; 22(1): 35-42.
- (7) Kandel E. *Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005.
- (8) Damasio A. *La sensación de lo que ocurre: Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Barcelona: Booket Ciencia, 2018.
- (9) Panksepp J, Solms M. What is neuropsychoanalysis? Clinically relevant studies of the minded brain. *Trends Cogn Sci*. 2012; 16(1):6-8.
- (10) Ledoux J. *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. London: W&N, 1999.
- (11) Collectiff. *L'homme neuronal, trente ans après. Dialogue avec Jean-Pierre Changeux*. Paris: Rue d'Ulm, 2016.
- (12) Gabriel M. *Yo no soy mi cerebro. Filosofía de la mente para el siglo XXI*. Barcelona: Pasado y Presente, 2016.
- (13) González-Torres MA, Labrada A, Guede D, González B, Fernández-Rivas A. Mecánica cuántica, conciencia e inconsciente. *Atopos Web*. 2019. Disponible en: <http://www.atopos.es/images/cuantica.pdf>
- (14) Roth M, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press, 2005.
- (15) Hunsley J, Elliott K, Therrien Z. The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Can Psychol*. 2014; 55(3): 161-76.
- (16) Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry* 2017; 174:943–53.
- (17) Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010; 65(2):98-109.
- (18) Schneider J, Wilkerson D, Solomon B, Perlman C, Tsoles DD, Shelby D, et al. Psychoanalytic training experience and postgraduate professional development: a survey of six decades of graduate analysts. *Int J Psycho-Anal*. 2014; 95(6):1211-33.

- (19) Schneider J, Wilkerson D, Solomon B, Perlman C, Duval D, Shelby D, et al. Psychoanalytic training experience and postgraduate professional development. Part II. *Int J Psycho-Anal* 2017; 98(5):1385-1410.
- (20) Chouza JM. Actitudes y práctica de la psicoterapia en España. Implicaciones en la formación de residente. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco, 2011.
- (21) Kernberg OF. Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *Int J Psycho-Anal.* 1996; 77:1031-40.
- (22) Kernberg OF. A new organization of psychoanalytic education. *Psychoanal. Rev.* 2010; 97(6):997-1020.
- (23) Meganck R, Inslegers R, Krivzov J, Notaerts L. Beyond clinical case studies in psychoanalysis: a review of psychoanalytic empirical single case studies. *Front Psychol.* 2017; 8: 1749.
- (24) Myn-Germeys I, Birchwood M, Kwapil T. From environment to therapy in psychosis: a real-world momentary assessment approach. *Schizophr Bull.* 2011; 37(2): 244-7.
- (25) Levitt HM. Qualitative psychotherapy research: the journey so far and future directions. *Psychotherapy* 2015; 52(1), 31-7.
- (26) Rothschild B. Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario (Biblioteca de Psicología). Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009.

