

Introducción

En los últimos años se incrementó en distintos países el desarrollo de guías clínicas para la psicoterapia, en concordancia con el interés creciente a nivel mundial por una práctica basada en evidencias en el campo de las ciencias de la salud.

En nuestro medio no hay antecedentes de elaboración de este tipo de guías aplicado a la psicoterapia. Tampoco existe entre nosotros un cuerpo de investigaciones sobre los tratamientos psicoterapéuticos que ofrezca los grados o categorías de evidencia considerada como deseable para servir de base a guías clínicas. Este hecho es de importancia, pues conviene que las guías se basen en estudios locales, dado que tanto los problemas de los pacientes como las técnicas psicoterapéuticas varían en función de factores socioculturales, históricos o geográficos. Al mismo tiempo, la elaboración de guías tiene requerimientos de medios, tiempo y equipo que no estaban al alcance de este trabajo.

Todo lo expuesto llevó a los autores a plantearse si era adecuado apuntar al desarrollo de una guía clínica o si debían aspirar solamente a un texto preliminar que discutiera los problemas relacionados con este tipo de guías y los caminos posibles para su desarrollo en nuestro medio. El texto resultante constituye en cierta medida una modesta combinación de ambas opciones. Puede considerarse una guía clínica pues contiene recomendaciones sobre problemas sustanciales de la práctica psicoterapéutica pero, a su vez, ha buscado dar cabida también a la discusión de cuestiones conceptuales y prácticas más generales relacionadas con la elaboración de este tipo de guías.

Hemos buscado preguntas que apunten a cuestiones relevantes para la psicoterapia en nuestro país. El campo de la psicoterapia ha

tenido un desarrollo sostenido durante las últimas décadas, progresando tanto en la variedad de enfoques como en la profundización de muchos de ellos. Sin embargo, en su conjunto continúa presentando una situación compleja, confusional para el usuario, excesivamente fragmentada, con una vinculación débil y periférica con los sistemas de salud y ofrece escasas garantías al usuario en cuanto al acceso a la psicoterapia y a información y garantías sobre la calidad de la atención recibida. Por todo ello, nos pareció que la primera tarea de una guía en este campo era responder a interrogantes relacionados con esta situación. En primer lugar, es necesario abordar la pregunta de si existe suficiente evidencia sobre la eficacia de la psicoterapia que justifique su inclusión dentro de los recursos de salud que deben estar al alcance del usuario. La segunda pregunta se refiere a la efectividad relativa de la psicoterapia en relación con otros recursos de salud (por ejemplo, farmacológicos), y de las distintas formas de psicoterapia entre sí. Por último, nos pareció que una primera guía en este campo debería también abordar el tema de la organización y prestación de la psicoterapia en nuestro medio y los pasos que podrían servir de base para una mayor universalización, accesibilidad y equidad de los tratamientos psicoterapéuticos. Nos pareció que, para avanzar en esa dirección, sería adecuado comenzar por plantear los acuerdos básicos que sería necesario lograr con relación a la regulación de su práctica y a la evaluación, monitoreo y difusión de sus resultados.

1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE PSICOTERAPIA

Existen múltiples definiciones de psicoterapia, las cuales convergen en ciertos conceptos

Autores

Ricardo Bernardi

Coordinador
Médico Psiquiatra.
Ex-Profesor de Psicología Médica de la Facultad de Medicina.
Ex-Profesor Titular de la Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Denise Defey

Psicóloga.
Ex-Profesora Adjunta de Psicología Médica de la Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Alejandro Garbarino

Licenciado en Psicología.
Docente en investigación en la Licenciatura de Psicología del Instituto Universitario Francisco de Asís, Maldonado.

Juan Carlos Tutté

Médico Psiquiatra.
Ex-Profesor Adjunto de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Luis Villalba

Médico Psiquiatra.
Asistente de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Correspondencia:
bernardi@mednet.org.uy

comunes. Mencionaremos a título de ejemplo las siguientes definiciones, que provienen de autores de diferente orientación:

- Laplanche y Pontalis: “Psicoterapia es, en sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales empleando medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación terapeuta-paciente...” * (p. 359).
- Wolberg LR: “Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo”² (p. 3).
- Lambert MJ, en la última edición del Bergin & Garfield Handbook of Psychotherapy³ (p. 311), mantiene la definición de ediciones anteriores: “Psicoterapia es: a) Una relación entre personas involucradas en un proceso compartido, b) uno o más individuos definidos como necesitando un tipo específico de asistencia, para c) mejorar su funcionamiento como personas, junto con d) uno o más individuos definidos como capaces de brindar esta asistencia.” Comentando esta definición, Orlinsky, Ronnestad & Willutzki³ (p. 311) proponen agregarle las aclaraciones que se detalla a continuación: 1) Incluir en la noción de relación terapéutica todo lo que ocurre entre terapeuta(s) y paciente(s), sea dentro de la sesión o que continúa por otros medios fuera de la sesión. 2) Respecto a la forma en que se debe entender el “mejorar su funcionamiento como personas”, señalan que, si bien la psicoterapia es indudablemente un tratamiento por medios psicológicos que forma parte del campo de la salud, no por ello su uso se limita a personas que entran dentro de los diagnósticos habituales de trastorno o discapacidad, siendo necesario incluir también personas que buscan desarrollar su vida emocional, controlar

conductas desadaptativas o desarrollar sus aspectos espirituales y una filosofía de la vida. 3) Señalan, por último, respecto al punto d), que la psicoterapia es ofrecida como un servicio profesional por personas cuyo entrenamiento debe ser formalmente reconocido por institutos profesionales y de enseñanza acreditados para brindar esa certificación.

Comparando las distintas definiciones de psicoterapia vemos que ellas contienen un núcleo conceptual común, hecho señalado también por otros autores, como Poch y Ávila Spada⁴.

La psicoterapia se basa en la relación profesional y humana de uno o varios pacientes con uno o varios especialistas.

La relación psicoterapéutica es una relación profesional que asienta sobre una relación interpersonal. La relación profesional exige roles técnicos específicos y asimétricos, los cuales se sostienen a partir de una relación humana entre personas que están de acuerdo en trabajar juntas.

Si bien se admite que la psicoterapia es una práctica multiprofesional, se exige que quien la practica tenga un entrenamiento específico en las técnicas que va a emplear, además de una formación básica a nivel clínico y psicopatológico. En general se acepta que la formación profesional básica puede ser la de médico psiquiatra o la de psicólogo, aunque según las técnicas pueden incluirse otros profesionales. Estos criterios varían según los países y existen casos en los que la formación de psicoterapeuta no se da a nivel de posgrado sino que constituye una formación de grado específica, hablándose entonces de la psicoterapia como una profesión en sí misma. En nuestro medio existe consenso en cuanto a que psiquiatras y psicólogos pueden adquirir entrenamiento en psicoterapia, existiendo menor acuerdo acerca de qué otras profesiones podrían aceptarse como formación básica y para emplear qué técnicas. Este punto ha tenido respuestas distintas a lo largo del tiempo y queda abierto a discusión con vista a una reglamentación futura.

* En todos los casos en que el texto está en inglés o francés, la traducción es nuestra.

Que utiliza determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo.

Las psicoterapias consisten en un conjunto de procedimientos técnicos que se sustentan en conocimientos teóricos relativos a cuestiones de orden etiológico, psicopatológico y terapéutico sobre los problemas a los que se dirigen. La existencia de un cuerpo de hipótesis teóricas y técnicas que fundamenta la práctica distingue las psicoterapias formales de los intentos espontáneos de ayuda que se dan entre individuos, los cuales, si bien pueden ser de gran utilidad, no buscan explicar teóricamente las razones de su eficacia ni transmitirse en forma de técnicas replicables y evaluables.

Para promover el cambio psíquico, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos.

El cambio que se intenta lograr puede ponerse de manifiesto en las distintas áreas de la conducta (mente, cuerpo, mundo externo). El sufrimiento puede deberse a un trastorno definible en términos de los diagnósticos habituales, tipo DSM o CIE, o corresponder a problemas y conflictos tanto individuales como interpersonales de naturaleza más amplia, los cuales, aunque no entren en una clasificación nosográfica, tienen el efecto de perturbar el desarrollo o el funcionamiento social de la persona, constituyendo para ella y para quienes la rodean una fuente de limitación o malestar.

Alcance del concepto de psicoterapia

La definición anterior abarca un conjunto de técnicas que coinciden en las características señaladas por ella, si bien se diferencian en distintos aspectos a nivel de la teoría y de la técnica.

En un sentido más amplio, toda relación de ayuda incluye una actitud psicoterapéutica en la medida en que el profesional busca ayudar a la persona que consulta a afrontar psíquicamente la situación por la que está pasando y, aunque no esté aplicando una técnica deter-

minada, lo hace actuando de forma reflexiva, informada y crítica, es decir, atendiendo al efecto de sus intervenciones y actuando de conformidad con las reglas del arte.

Si bien para Freud el psicoanálisis era inequívocamente una terapia psicológica, algunas orientaciones psicoanalíticas actuales sostienen que el psicoanálisis no debería ser considerado una psicoterapia, pues su objetivo es más amplio y los resultados terapéuticos surgen como efecto de la exploración del inconsciente, que es la meta principal. Esta opinión parte de una definición de psicoterapia más estrecha que la sostenida por nosotros. En la medida en que consideramos que el cambio y el enriquecimiento de la persona y de sus vínculos entran dentro de los fines de la psicoterapia, corresponde incluir al psicoanálisis dentro de este campo.

Ciertos procedimientos como el “counselling” (a veces traducido como “consejería”) y la “psicoterapia de apoyo” están a mitad de camino entre las psicoterapias formales y la actitud inespecífica de sostén o consejo, presente en toda relación de ayuda. Con todo, existe evidencia de que los elementos de apoyo o consejo juegan un papel más importante que el que a veces se les reconoce. Esto ha sido demostrado incluso en estudios minuciosos de sesiones psicoanalíticas por Wallerstein⁵. También ha sido señalado⁶ que el uso inadecuado de los elementos de apoyo puede resultar iatrogénico (disminuyendo, por ejemplo, la autoestima o generando actitudes de dependencia). Existen, por tanto, razones para incluir al counselling y a la terapia de apoyo dentro de las prácticas psicoterapéuticas que requieren entrenamiento para ser utilizadas en forma sistemática.

2. SOBRE EL CONCEPTO DE GUÍAS CLÍNICAS

Las guías clínicas (“clinical guidelines” o “practice guidelines”) son, en esencia, recomendaciones dirigidas a las personas involucradas en el cuidado de la salud, con el fin de mejorar la atención. Otros términos emparentados son los de “pautas” o “normas”, pero nos pareció mejor utilizar el de “guías clínicas”, por ser el de uso más universal en la actualidad. Las

guías han sido definidas como “enunciados desarrollados sistemáticamente, diseñados para ayudar al profesional de la salud y al paciente a tomar las decisiones apropiadas para el cuidado de la salud en circunstancias clínicas específicas”⁷ (p. 3). Sackett define las guías como “enunciados amigables que unen la mejor evidencia externa con otros conocimientos necesarios para tomar decisiones acerca de problemas específicos de salud”⁸ (p. 112).

El desarrollo de las guías se enmarca dentro de la propuesta de una Medicina Basada en Evidencias o pruebas (“Evidence-Based Medicine”), cuya práctica busca “integrar la destreza clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible, proveniente de la investigación científica”⁸. Las guías no son recetas de cocina, ni expresión de las ideas personales de quienes las elaboran. No pretenden sustituir al arte clínico, ni dicen qué decisión tomar, sino que buscan identificar los problemas relevantes y aportar pruebas o evidencia sobre la base de investigaciones más rigurosas, que, unidas al juicio clínico individual y a los valores y expectativas del paciente, pueden ayudar a tomar la mejor decisión en interés del paciente (ibid, p. 114). Buscan promover en el campo de la salud decisiones que tengan una mejor fundamentación científica, reduciendo las acciones terapéuticas arbitrarias, injustificadas o basadas en razones puramente especulativas.

La elaboración de las guías clínicas

El proceso de elaboración de guías clínicas es complejo. Continúan apareciendo publicaciones que buscan pautar dicha elaboración, como ser las “Guideline development methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers”, del National Institute for Clinical Excellence de Gran Bretaña (2004)^{7,9}.

El proceso de desarrollo de las guías implica una serie de pasos reglados, que pueden resumirse de la siguiente forma⁷ (p. 24):

- 1) Definición del tema y redefinición del mismo a medida que se avanza en la elaboración de la guía.
- 2) Identificación de las preguntas clínicas relevantes.
- 3) Búsqueda de la evidencia.

- 4) Evaluación y síntesis de la evidencia.
- 5) Traducción de la evidencia en recomendaciones para la práctica clínica.
- 6) Formulación de indicadores que permitan que la guía pueda ser usada en la auditoría de servicios clínicos.
- 7) Revisión de la guía por árbitros externos.

Las preguntas a las que se refieren las guías deben ser relevantes con relación al objetivo de la guía y estar bien delimitadas. Conviene que no sean excesivamente numerosas (no más de 30 para cada guía) y pueden referirse a cuestiones relacionadas con las intervenciones, y su efectividad, con el diagnóstico, con el pronóstico y también con la prestación de servicios⁹.

La identificación de la evidencia implica, a su vez, diversas etapas. En primer lugar, relevamiento de literatura: guías ya publicadas, revisiones sistemáticas realizadas, búsqueda de información en las principales bases de datos (Medline, Embase, Cochrane Library, PsychLit, Campbell Collaboration, etc.) y en otras fuentes potencialmente relevantes⁹. El paso siguiente es establecer la jerarquía de la evidencia disponible, que determina la fuerza de la recomendación.

Existe un relativo acuerdo (y también desacuerdos) acerca de cómo establecer los diferentes niveles en la evidencia y por ende, la fuerza de la recomendación.

En general, se acepta que en la categoría superior (A) de las recomendaciones están aquellas que se basan en la evidencia de mayor nivel, a saber, los resultados de múltiples ensayos clínicos randomizados controlados, bien diseñados (o al menos uno de ellos), seguidos, cuando son múltiples, de metaanálisis (que son procedimientos estadísticos que permiten resumir los resultados de varios estudios cuyas características permiten su comparación) y revisiones sistemáticas de dichos estudios (categorías de evidencia Ia y Ib).

La categoría intermedia (B) está constituida por estudios controlados no randomizados, estudios cuasi experimentales o descriptivos (por ejemplo, estudios de cohorte, investigaciones caso-control, estudios comparativos, estudios sistemáticos de caso único, etc.) (categorías IIa, IIb y III).

En la tercera categoría (C) están los estudios no controlados, el consenso de especialistas, la experiencia clínica, o la opinión de autoridades en la materia (categoría IV). Por último, los Comités que desarrollan las Guías pueden formular recomendaciones consideradas como de puntos o criterios de buena práctica⁷.

Las recomendaciones surgen del consenso entre los miembros que forman el grupo de trabajo que desarrolla las guías. Para esto existen diferentes procedimientos (Guideline Development method) (método Delphi, grupos focales, “nominal-group technique”, etc.), estableciéndose el grado de acuerdo que deben alcanzar las recomendaciones para ser incluidas (por ejemplo, en el caso de Treatment choice fue del 85% de las opiniones).

Las guías clínicas completas contienen las recomendaciones, más información exhaustiva sobre las fuentes y procedimientos de los que surgen dichas recomendaciones e información sobre las personas o instituciones que participaron en la elaboración de la guía. Incluyen también una versión de la guía para los pacientes que resume las recomendaciones en forma comprensible para el público no especialista y susceptible de ser reproducida en los medios de información, y que sirva a los pacientes para tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento psicoterapéutico.

Las guías buscan servir de apoyo para ofrecer un sistema que dé garantía y mejore la calidad de la asistencia.

Las guías clínicas en el campo de la psicoterapia

En la última década asistimos a un importante esfuerzo para desarrollar guías clínicas en distintos campos, esfuerzo que abarcó también el campo de la psicoterapia. Roth y Fonagy¹⁰, refiriéndose a estas guías, expresan que hay pocos países donde la exigencia de una práctica basada en la evidencia no sea la norma.

Este trabajo, así como las dificultades que surgieron, llevaron a tomar conciencia de las dificultades metodológicas y conceptuales implicadas en la tarea, llegándose progresivamente a la búsqueda de un punto de equilibrio entre la importancia de contar con recomendaciones sólidamente basadas en trabajos de investi-

gación sistemática de procesos y resultados, sin perder por ello contacto con la clínica ni con el conocimiento implícito desarrollado por los clínicos y no siempre reflejado en las formulaciones oficiales o explícitas de la disciplina.

El Departamento de Salud Británico señala: “En ningún lado la brecha entre investigación y práctica es mayor que en este campo [de la psicoterapia]... Las intervenciones más prevalentes son paradójicamente las menos investigadas. Estas y otras brechas en la cobertura de la investigación no significan que estas intervenciones sean inefectivas, sino que apuntan a la necesidad de trabajar sistemáticamente para ampliar su base en evidencias”¹¹ (p. 4). Compartimos plenamente este llamado tanto al optimismo como a la cautela y por esa razón hemos incluido en esta guía un capítulo adicional sobre investigación en el que nos referiremos a estos problemas y al desarrollo de los nuevos enfoques y metodologías de investigación.

Este avance tiene que superar dos actitudes que operan como obstáculos simétricos y opuestos. Por un lado, se puede aplicar los procedimientos utilizados para elaborar guías clínicas en otros campos sin una reflexión crítica sobre su adecuación al terreno de la psicoterapia. Por otro lado, puede primar el rechazo a priori de todo intento en esta dirección, colocando al campo de la psicoterapia en una situación de extraterritorialidad frente al campo de la salud. La elaboración de guías clínicas plantea un desafío a la psicoterapia. La respuesta positiva a este desafío consiste en reconocer que las preguntas sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de las distintas psicoterapias son legítimas y requiere avances metodológicos que permitan responderlas adecuadamente. Pero también implica recuperar dimensiones específicas de la psicoterapia que tienen que ser integradas a las preguntas anteriores y que apuntan al sentido clínico y humano de los fenómenos en estudio. Kordy y Kaechele¹², citando a Gallo, señalan que una cosa es saber que el resultado de una psicoterapia ha sido una modificación en 0.85 desvío estándar con relación a los puntajes de los tests del grupo control, y otra es saber qué significa esto para los pacientes con relación a su calidad de vida y a los objetivos que se plantean en su vida.

Si bien los consensos logrados a nivel meta-análisis constituyen un paso importante, es necesario avanzar aun más en la comprensión de la significación clínica y psicopatológica de los cambios, lo que supone mayor investigación también en el plano cualitativo y conceptual. Por eso la significación clínica de los resultados estadísticos se ha vuelto un tema relevante¹²⁻¹⁷.

Díaz Rossello ha señalado que la medicina basada en evidencias debe acompañarse por una medicina basada en valores, atenta a los problemas sociales y éticos¹⁸. En la misma dirección se puede decir que los interrogantes sobre el sentido de la vida son inherentes al campo de la salud (como lo muestran las decisiones en situaciones críticas y la investigación actual sobre calidad de vida relacionada con la salud¹⁹. En ese sentido, la situación del psicoanálisis resulta ilustrativa, en tanto ha mantenido en forma a veces conflictiva una doble pertenencia a las ciencias de la salud y a las disciplinas hermenéuticas, ejerciendo un marcado impacto en la cultura del siglo XX. Esta doble pertenencia enseña que si bien hay preguntas que se pueden responder con los estudios de resultados, hay otras en las que es fundamental la comprensión del cambio terapéutico desde una perspectiva hermenéutica²⁰. Cobran entonces valor los procesos de deliberación clínica, de significación también para la ética clínica²¹ y la confrontación o debate entre hipótesis alternativas, dando importancia a la elucidación de los aspectos conceptuales implícitos en las cuestiones discutidas²²⁻²⁴. Lo que en definitiva opera como evidencia en la práctica es más complejo que lo que las guías definen como tal²⁵. La utilidad de una guía clínica depende de que responda a las necesidades de un determinado lugar y momento. La forma en la que trabajan los terapeutas o en que los pacientes presentan sus problemas varía en distintos períodos y culturas, y por lo tanto las preguntas relevantes y la forma de responderlas deben ajustarse al momento y lugar. Para que sean realmente útiles las guías no deben apartarse del fin para el que fueron creadas ni perder de vista el contexto al que pertenecen.

3. SOBRE LA PRESENTE GUÍA CLÍNICA

Este texto surgió por encargo de la Revista de Psiquiatría del Uruguay al Dr. Ricardo Bernardi, quien trabajó para su elaboración juntamente con el equipo de autores mencionados al inicio, realizándose además consultas y pedidos de colaboración a quienes figuran en los agradecimientos. Como decimos al final, tiene un carácter preliminar con relación a un texto más avanzado que requeriría un equipo más amplio y representativo de las distintas corrientes y auditores externos al grupo de trabajo.

Nos pareció útil centrar esta guía en algunas de las interrogantes claves que, pese a estar implícitas en las decisiones cotidianas relativas a la práctica de la psicoterapia, no son frecuentemente abordadas por la literatura de nuestro medio (a diferencia de lo que ocurre en otros contextos). Estas preguntas se refieren a si son realmente efectivas las psicoterapias, cuál, para quién, cómo y cuándo combinarlas con farmacoterapia, en qué contexto se desarrolla la práctica psicoterapéutica en Uruguay (instituciones, formación, problemas bioéticos especiales, etc.) y cuáles serían los pasos que permitirían mejorar esta práctica. Estas preguntas serán desarrolladas en el capítulo siguiente.

Para formular recomendaciones buscamos la evidencia más sólida existente en este momento, tanto a nivel de nuestro medio como a nivel general.

Las recomendaciones recogidas en estas guías provienen, por tanto, de diversas fuentes:

1. *Los consensos y opiniones autorizadas a nivel nacional*. Al respecto hemos buscado apoyarnos:

- a. En publicaciones nacionales. Existe una vasta producción sobre las distintas psicoterapias, pero en general dispersa y orientada a cada enfoque específico. La producción en temas psicoanalíticos se extiende sin interrupción desde 1955 y abarca 99 números de la Revista Uruguaya de Psicoanálisis (APU) y 25 números de la Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), desde 1982 a la fecha, a las que se suman otras publicaciones vinculadas con estas organiza-

ciones (“Temas”, “Intercambio”, etc.). Otras orientaciones psicoterapéuticas han también editado trabajos de distinto tipo con mayor o menor grado de continuidad y antigüedad. Existen asimismo numerosas publicaciones de actas de congresos, libros, y trabajos científicos contenidos en boletines, etc. Una búsqueda en BINAME sobre “psicoterapia” muestra 9 trabajos publicados en la Revista de Psiquiatría del Uruguay,²⁶⁻³³ (otras referencias se encuentran bajo rubros específicos como psicoanálisis o terapia cognitivo-conductual). En los distintos capítulos hemos incluido los trabajos que nos parecen directamente relacionados con cada tema tratado. Sería deseable contar con un número mayor de este tipo de trabajos. La mayoría de estas publicaciones no contienen investigaciones sistemáticas o consensos escritos que se refieran a las preguntas abordadas en esta guía.

b. En algunos casos para describir el estado de la cuestión en nuestro medio hemos recurrido a consultas informales, a las opiniones recogidas por los autores de esta guía en diversas actividades científicas, tanto en el ámbito psiquiátrico como psicológico (por ejemplo, Ateneos de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica, etc.), o en nuestra propia evaluación de las que nos parecen ser las prácticas más aceptadas. Somos conscientes de que estas apreciaciones pueden no ser exactas, pero esperamos que el ponerlas por escrito sirva de apoyo para una discusión y reelaboración posterior. Al final del documento nos referiremos a los procedimientos que nos parecen aconsejables en pasos futuros.

2. *Guías clínicas existentes en otros países.* Hemos tomado como fuentes aquellas guías clínicas de otros países dedicadas directamente a la psicoterapia, destacándose en este aspecto las de Gran Bretaña y Canadá a las que nos referiremos a continuación. En Estados Unidos, una búsqueda por medio de Internet en la National Guideline Clearinghouse, de la Agency for Healthcare, Research and Quality (AHRQ) (organismo federal encargado de la difusión de las guías clínicas), mostró 89 guías relacionadas con la psicoterapia, pero en ninguna de ellas la psicoterapia como tal era el tema central. En dichas guías la psicoterapia aparece como un aspecto incluido con

relación a diversos temas que son el objetivo central de la guía: a) trastornos psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, drogodependencias, trastornos fronterizos, etc.); b) enfermedades o problemas orgánicos (enfermedades cardíacas, dolor, perimenopausia, etc.); diversos problemas psicosociales o situaciones de riesgo (adopción, violencia contra la mujer, crisis, etc.). Hemos hecho referencia a las recomendaciones de la “Guía Clínica para el Tratamiento de los Pacientes con Depresión Mayor” (“Practice Guideline for Patients With Major Depression”) de la American Psychiatric Association, que se refieren a la eficacia relativa de la psicoterapia y los psicofármacos en dicho trastorno³⁴.

3. *Canadá: “Estándares y Guías para las Psicoterapias”* (“Standards and Guidelines for the Psychotherapies”)³⁵, editada por P. Cameron, J. Ennis & J. Deadman 1998, por encargo de la Ontario Psychiatric Association y la Ontario Medical Association, Section of Psychiatry. Esta extensa guía, de 499 páginas, ofrece recomendaciones generales para la definición y práctica de la psicoterapia, conceptos nucleares sobre la eficacia y la base empírica de las psicoterapias, así como guías específicas para distintos tipos de psicoterapia: Psicoanalíticas, Cognitivo-comportamental, Terapias breves, Pareja y familia, Grupos, Terapias de apoyo, Niños y adolescentes, Combinación de farmacoterapia con psicoterapia, Pacientes con trastornos severos y persistentes. También incluye capítulos sobre: Formación en psicoterapia, Supervisión, Supervisión en terapia cognitivo-comportamental, Cuestiones de género, Cuestiones culturales en psicoterapia, Cuestiones de consentimiento, y una Guía para el archivo del material clínico. Hemos contactado a uno de los editores, el Dr. Cameron, en cuya opinión esta guía conserva su validez, planteándose solamente la necesidad de algunas modificaciones menores para ediciones futuras (por ejemplo, inclusión de la psicoterapia interpersonal para la depresión)*.

4. *Guías y documentos sobre psicoterapia promovidos por el Departamento de Salud de Gran Bretaña.* El Department of Health y otros organismos relacionados con la salud

* Dr. P. Cameron, comunicación personal.

mental han elaborado en Gran Bretaña una serie de guías y documentos en los que nos hemos apoyado especialmente:

4a. “Elección del Tratamiento en las Terapias Psicológicas y Counselling. Guía para la Práctica Clínica Basada en Evidencias” (“Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling. Evidence Based Clinical Practice Guideline” 2001)^{11,36}. Esta guía ha sido elaborada con la colaboración de la Sociedad de Centros para la Investigación de Resultados y Efectividad de Gran Bretaña, y resume las evidencias que se desprenden del examen de las revisiones sistemáticas (incluyendo las de la Cochrane Library), metaanálisis y trabajos publicados disponibles en las bases PsychLit y Embase-Medline. Nos hemos apoyado en los resultados de estas revisiones de bases de datos. Para trabajos futuros importa señalar que en nuestro medio, si bien las bases de datos médicas son accesibles, no ocurre así con las principales bases de datos del campo de la Psicología (por ejemplo, PsicLit), las cuales no lo son hoy desde las bibliotecas universitarias o las de muchas sociedades científicas.

4b. “Organización y Prestación de Terapias Psicológicas” (“Organising and Delivering Psychological Therapies”) de julio del año 2004. Este documento reciente es una guía para la mejor práctica (“best practice guideline”) del National Institute of Mental Health, que busca promover la mejora de los servicios de psicoterapia en Gran Bretaña, destacando problemas de accesibilidad y necesidades de usuarios y personal a la vez que llamando la atención sobre las necesidades de formación y soporte de los técnicos³⁷.

4c. “Métodos para el desarrollo de guías”(Guidelines Development Methods)⁹. Se trata de información sobre cómo proceder para los Centros Colaboradores Nacionales y para quienes desarrollan guías (febrero del año 2004). Estas pautas fueron desarrolladas por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) de Gran Bretaña, con sede en Londres. Más arriba nos hemos referido a este material, que complementa una publicación anterior a 2001⁷.

4d. El “Counselling and Psychological Therapies: Guideline and Directory”³⁸, desarrollado en 1996 por el Camden & Islington Medical Audit Advisory Group, fue creado para uso en la atención primaria y, aunque se apoyan más en el consenso que en la revisión de estudios, constituyen una valiosa propuesta de orientación en el problema de la elección de tratamiento.

5) *Manuales o textos de síntesis* que revisan y compendian la literatura sobre el tema. Han sido especialmente tenidos en cuenta dos de ellos publicados o a ser publicados en 2004:

– “What Works for Whom. A Critical Review of Psychotherapy Research”³⁹ de Anthony Roth y Peter Fonagy, con la colaboración de G. Parry, M. Target y R. Woods, publicado en 1996 y cuya segunda edición, sustancialmente revisada, y que es la que tomamos como referencia, está en prensa (julio del año 2004)*¹⁰. Fue escrito por encargo del Departamento de Salud de Gran Bretaña, con el objetivo de mostrar la efectividad y costo-efectividad de las psicoterapias y realiza una revisión exhaustiva de la evidencia disponible al respecto con relación a las diferentes patologías.

– “Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change”, editado por Michael J. Lambert. Esta 5ª edición (2004) constituye una nueva versión de la obra que ha tenido tal vez la mayor repercusión en el campo de articular investigación empírica y práctica clínica con una orientación ecléctica. Publicada por primera vez en 1967, el texto actual se propone recoger y evaluar las investigaciones originadas en diversos enfoques y en diferentes métodos de investigación, incluyendo en esta edición las que se podrían llamar estrategias alternativas a la investigación clásica.

6. *Publicaciones y fuentes de distinto origen*, las cuales son citadas en el texto en cada caso.

Como puede verse, esta guía coincide con un año en el que se produjo la publicación de importantes referencias para el tema.

* Agradecemos a uno de los autores, el Prof. Peter Fonagy, el habernos permitido consultar el texto de la segunda edición, en vías de publicación.

4. PREGUNTAS INCLUIDAS EN LA PRESENTE GUÍA

Para esta guía se tomó como tema central la psicoterapia individual. Se excluyeron otros que hubieran requerido un desarrollo especializado, como ser la consideración de subgrupos especiales basados en características etarias (niños, adolescentes, tercera edad, etc.) o socio-económicas, culturales especiales (sectores carenciados, minorías, etc.). Tampoco fueron consideradas en forma particular las formas de terapia no individual (pareja, familia, terapias multifamiliares, grupos, instituciones, comunidades terapéuticas, etc.) ni la psicoterapia como parte de la prevención o rehabilitación, ni las terapias focales o las intervenciones en crisis, ni la psicología de enlace, ni las terapias madre-bebé o, en forma más amplia, bebé-cuidadores. Tampoco se incluyeron los grupos de autoayuda, ni las intervenciones en la comunidad. Esto no significa desconocer la importancia de estas formas de abordaje, sino reconocer los límites del presente trabajo.

Dado que se trata de un primer intento, se juzgó conveniente incluir capítulos que cumplieran una función aclaratoria (por ejemplo, sobre la naturaleza de las guías, sobre su forma de elaboración, sobre problemas del marco conceptual con relación a la investigación, las neurociencias, etc.), con la finalidad de explicitar el marco conceptual de esta guía y facilitar su discusión.

Se abordará los siguientes aspectos:

- 1) *¿Es efectiva la psicoterapia?*
- 2) *¿Cuál tratamiento para quién?*
- 3) *¿Diferenciación y/o integración de las diferentes psicoterapias?*
- 4) *Investigación en psicoterapia*
- 5) *¿Psicoterapia y/o psicofármacos?*
- 6) *La psicoterapia en el Uruguay*
- 7) *Auditoría*
- 8) *Aspectos éticos*
- 9) *La formación de psicoterapeutas en Uruguay*
- 10) *Guías para el paciente*
- 11) *Pasos futuros*

5. ¿ES EFECTIVA LA PSICOTERAPIA?

La guía del National Institute of Mental Health de Gran Bretaña resume así la evidencia disponible hasta este momento (2004):

“Las terapias psicológicas son parte esencial del cuidado de la salud. Existe abrumadora evidencia de su efectividad para tratar una amplia variedad de problemas y enfermedades relacionadas con la salud mental”³⁷ (p. 1).

Las guías consultadas señalan que la eficacia de la psicoterapia se apoya en trabajos y metaanálisis que conducen a recomendaciones de distinta fuerza, de acuerdo con la categoría de la evidencia en la que se apoyan. Corresponde señalar que para muchos trastornos la evidencia disponible es de tipo Ia (ver más arriba), o sea, es del nivel más alto¹¹. Existe asimismo firme evidencia a favor de diferentes formas de psicoterapia, aunque, por razones que serán señaladas más abajo, no todos los tipos principales de psicoterapia fueron estudiados exhaustivamente. Los trastornos para los que existe clara evidencia de eficacia son: la depresión mayor, la ansiedad generalizada, las fobias, incluyendo la fobia social, los trastornos obsesivo-compulsivos, el trastorno por estrés post-traumático, los trastornos alimentarios, los programas de intervención familiar en la esquizofrenia, los trastornos de personalidad, el abuso de alcohol y de cocaína, las disfunciones sexuales. Existe también evidencia de eficacia en diversos grupos etarios, como ser niños y tercera edad⁴⁰.

En 1952 H. Eysenck cuestionó la efectividad de la psicoterapia, sosteniendo, apoyado en el estudio de algunas bases de datos disponibles, que sus resultados eran similares a los obtenidos por remisión espontánea. La reevaluación de esos mismos datos, a partir de estudios y técnicas estadísticas más refinadas, mostró claras diferencias entre los grupos con y sin tratamiento^{12*}. A partir de la década de 1970, el desarrollo de los metaanálisis permitió revisar los resultados de cientos de estudios previos sobre los efectos de los tratamientos, que confirmaron tanto la eficacia (o sea, los resultados obtenidos en condiciones ideales) como la efectividad (o sea, los resultados en las condiciones en las que se da la práctica

* Ver nota al final de referencias bibliográficas

en la realidad) de la psicoterapia⁴¹. El efecto es claro: los primeros metaanálisis ya mostraban que el 80% de los pacientes tratados estaba mejor que los no tratados⁴². Estudios más recientes, a los que nos referiremos más abajo, confirman estos resultados, a la vez que los complejizan.

Los cambios producidos han demostrado continuar luego de la terminación de la terapia y tener significación clínica y no sólo significación estadística (esto es, por ejemplo, no depender sólo de pequeñas modificaciones en puntajes de tests en un gran número de casos, sino implicar modificaciones reales en la calidad de vida de las personas)⁴¹.

La psicoterapia es también eficiente desde el punto de vista de la relación costo-beneficio.

La revisión de la literatura realizada por Gabbard⁴² muestra que la inclusión de la psicoterapia en el tratamiento reduce los gastos de tratamientos ulteriores y aumenta la productividad laboral, siendo la evidencia de costo-efectividad mayor para los trastornos más severos. La necesidad de incrementar los estudios de este tipo es considerada una prioridad¹¹.

El usuario tiene el derecho a estar informado sobre la existencia de este recurso.

El National Institute of Mental Health de Gran Bretaña³⁷ agrega: “La falta de servicios adecuados de psicoterapia y de counselling es reiteradamente citada por los usuarios de los servicios de salud mental cuando se les pregunta cómo les gustaría mejorar el cuidado que ellos y sus familias reciben” (p. 1). Creemos que la demanda latente es también alta en Uruguay, como lo muestran las listas de espera o cuando se ofrece servicios de Psicología Médica a pacientes internados.

Como todo tratamiento eficaz la psicoterapia puede también tener efectos negativos y es necesario incluir estos aspectos en las investigaciones. La revisión de la literatura realizada por M. J. Lambert y B. M. Ogles⁴¹

sugiere la necesidad de prever mecanismos para evaluar los efectos negativos de la psicoterapia (cuya aparición se evalúa en alrededor de un 5-10% de los casos), así como de detectar precozmente las posibles fallas y sus causas (pp. 157-158 y 178-179). Las investigaciones sugieren prestar atención a ciertas variables del paciente, del terapeuta, del tipo de terapia (existen informes reiterados de que el riesgo es mayor en las terapias experienciales o cuando se realizan tratamientos insuficientes con relación a la severidad de los problemas del paciente) (ibid, p. 157). Estos estudios necesitan ser replicados en distintos contextos culturales. El psicoanálisis rioplatense ha estudiado a nivel clínico los casos de reacción terapéutica negativa así como las situaciones de “impasse terapéutico”, o sea, aquellas en las que el tratamiento se eterniza sin que el paciente obtenga beneficios (véase la revisión de trabajos clínicos sobre el tema hecha por H. Etchegoyen⁴³).

La evidencia disponible a favor de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones psicoterapéuticas, así como el riesgo de iatrogenia, obliga:

1. a plantear la necesidad de la inclusión de la psicoterapia en los servicios de salud que se ofrecen a la población, y

2. a desarrollar sistemas de evaluación y mejora de calidad de las psicoterapias ofrecidas y de capacitación y formación continua de los terapeutas.

6. ¿CUÁL PSICOTERAPIA PARA QUIÉN?

“Qué tratamiento, por quién, es más efectivo para este individuo con este problema específico, bajo qué estado de circunstancias y cuál es el modo de llevarlo a cabo.”

Esta pregunta formulada por G. L. Paul⁴⁴ en 1967 resume el espíritu de muchas de las investigaciones en psicoterapia en las últimas décadas y ofrece un marco adecuado para pensar el problema de las consideraciones diagnósticas y de las formas de terapia.

Puede afirmarse que ninguna psicoterapia considerada aisladamente puede ofrecer tratamiento efectivo para todo el rango de dificultades que experimentan las personas con problemas de salud mental³⁷. También se acepta¹¹ (p. 40) que es más fácil establecer la eficacia de la psicoterapia en términos absolutos, como hicimos en el capítulo anterior, que en términos relativos, como intentaremos hacer en este capítulo. Comenzaremos por considerar el problema diagnóstico.

La práctica de la psicoterapia se beneficia de una comprensión lo más amplia posible de los trastornos y características del paciente. Esto incluye una visión en términos de las categorías psiquiátricas tradicionales (DSM, CIE, etc.), pero este diagnóstico no es suficiente y requiere una comprensión más fina y personalizada del paciente en términos del tratamiento que va a recibir. Como señalan Beutler y Clarkin: “La efectiva planificación del tratamiento debe involucrar una descripción confiable y válida de las áreas problemáticas que son el foco de la intervención”.

A nivel diagnóstico es, pues, necesario:

a. Una visión general de la situación y trastornos de la persona.

b. Una comprensión específica en función de los problemas o conflictos que serán abordados en la terapia, de las vulnerabilidades y recursos existentes en la persona y en sus vínculos, así como una evaluación de las posibilidades de éxito y de las razones que hacen preferible ese abordaje psicoterapéutico a otro.

En consecuencia, es posible intentar responder la pregunta de “para quién” en términos de para qué trastorno o de para qué problema.

¿Qué psicoterapia para qué trastorno?

Los ensayos clínicos realizados y los metaanálisis de sus resultados mostraron beneficios evidentes de la psicoterapia en una serie de trastornos bien definidos: depresión y conducta suicida, ansiedad y trastornos relacionados, trastornos post-traumáticos, alimenticios, obsesivos compulsivos, motivos de consulta

de tipo somático (dolor crónico, etc.), y trastornos de la personalidad.

Estos resultados pudieron demostrarse con claridad en el caso de los tratamientos que se adaptan con mayor facilidad al modelo de los ensayos clínicos randomizados, utilizado para los estudios de eficacia. El caso de la psicoterapia cognitivo-comportamental es el más estudiado, y sus resultados han sido consistentemente comprobados^{10, 11, 39, 45}. También otras terapias han mostrado resultados positivos.

Pese a los buenos resultados obtenidos, esta forma de estudio de las psicoterapias resulta insuficiente. Una proporción sustancial de pacientes en psicoterapia consulta por problemas que no entran en ninguna de las categorías DSM, o presentan situaciones complejas de comorbilidad (cerca del 60%, según Howard citando a Clarkin y Levy⁴⁶ (p. 196). Ciertas psicoterapias tienen como objetivo central la modificación sintomática o comportamental, mientras otras buscan metas de otro tipo, eventualmente más amplias y complejas que, si bien es posible investigarlas en forma empírica sistemática a través de distintas técnicas cuantitativas y cualitativas, no se avienen con las exigencias de los ensayos clínicos randomizados. Estos problemas, que serán expuestos en el capítulo sobre investigación, hacen necesario incluir una perspectiva más amplia que la basada en el tipo de trastorno psiquiátrico.

¿Qué psicoterapia para qué problema de qué paciente?

El DSM es apreciado por su confiabilidad (aunque esta resulta menor a nivel del eje II¹⁰ y, como dijimos, ha servido de base a múltiples estudios confirmatorios de la eficacia de la psicoterapia, pero como instrumento diagnóstico resulta más útil para decidir el tratamiento farmacológico que para la formulación de un trabajo psicoterapéutico⁴⁷. Entre las insuficiencias que se han formulado mencionemos las siguientes^{46, 47}: 1) los diagnósticos (especialmente cuando en las investigaciones se considera aisladamente el eje I) no reflejan variaciones importantes a tener en cuenta a nivel de individuos, de historias vitales y de complejidad de los problemas (dos pacientes con el mismo diagnóstico pueden diferir enormemente entre sí); 2) el diagnóstico

marca las debilidades pero no las áreas de fortaleza de la persona y las características de su funcionamiento psíquico⁴⁸; 3) ignora en gran medida las cualidades del contexto interpersonal del paciente; 4) no considera muchos de los problemas por los que la gente necesita y busca ayuda y 5) presenta imperfecciones a nivel de la validez de constructo y de la validez predictiva o de criterio. En consecuencia, como señalan Clarkin y Levy, los intentos de construir sobre esa base diagnóstica listas de tratamientos sustentados o validados empíricamente puede llevar a “sobresimplificaciones extremas y conducir potencialmente a errores”⁴⁶ (p. 199).

En nuestro medio el tema diagnóstico ha dado lugar a diferencias de opinión. La primera pregunta es si es posible y necesario intentar una aproximación diagnóstica en relación con una escucha terapéutica. Si la respuesta es afirmativa, como creemos que lo es, cabe interrogarnos si es posible establecer criterios diagnósticos desde una perspectiva psicoterapéutica en una forma similar y eventualmente coincidente con las de un registro psiquiátrico. Es muy diferente aquella escucha que se plantea ¿qué tiene este paciente? a una escucha dirigida a saber ¿qué le sucede a este paciente? En otras palabras, una pregunta es cómo conciliar problemas y síndromes. Para tomar en cuenta al paciente acerca de sus sufrimientos en una perspectiva integrada es necesario evitar un uso mecánico de los sistemas diagnósticos que lleve a una confusión conceptual, al menospreciar todo lo que de rico e incluso de aproximación terapéutica puede tener el encuentro con el paciente, y no reflejan hipótesis psicopatológicas. No nos parece sustentada suficientemente la posición extrema de que la semiología para nada interesa y que sólo es necesaria la comprensión más pura del caso individual, dejando de lado incluso el interés terapéutico, lo cual conduce a una categorización diagnóstica tan amplia que hace que, por poseer cada paciente su propia historia y subjetividad individual, existirían tantos cuadros nosográficos como individuos. Creemos que es posible y útil identificar cuadros psicopatológicos, sin por ello dar por sentado que el diagnóstico psiquiátrico es el único núcleo organizador del proceso de pensamiento clínico y psicoterapéutico.

Entre uno y otro extremo es necesario encontrar una escucha comprensiva de los padeceres del paciente y arribar a una orientación que permita poner en marcha un plan terapéutico. Las ideas de autoeliminación expresadas por un paciente durante una entrevista y aun en un proceso psicoterapéutico nos enfrentan al tema de cómo valoraremos estas ideas: ¿en qué contexto diagnóstico las ubicamos?, ¿qué conductas tomamos? o ¿cómo influye en nuestro plan terapéutico el que distingamos una idea fija obsesiva de aquella idea irreducible que implica un pensamiento delirante? Lo mismo frente a una fobia que esconde en su desplazamiento y manifestaciones proyectivas no ya una configuración en un objeto o situación determinada sino una verdadera desestructuración psicótica.

Al planear el tratamiento deben estar presentes en la mente del terapeuta variables de diversa índole: las variables del paciente (no sólo las utilizadas para el diagnóstico psiquiátrico), las variables de relación y la alianza terapéutica y las intervenciones terapéuticas posibles⁴⁷.

Desde esta perspectiva, lo esencial es identificar y comprender lo más posible la problemática de cada persona en particular y, por ende, la posibilidad de actuar en consecuencia. Indudablemente, no se trata de pautas rígidas, sino que se pueden dar circunstancias en que diferentes modalidades psicoterapéuticas puedan ser de utilidad, dependiendo siempre de tomar en cuenta las preferencias individuales de cada paciente. La psicoterapia se da en el interjuego de al menos dos subjetividades que implican tanto los aportes personales de quien se trata como los del propio terapeuta, interacción que comporta mucho de ciencia, pero también mucho de arte⁴⁹ y el campo del arte ofrece dificultades propias como para ser pautadas rígidamente.

De aquí surge entonces la proposición de una consideración nosográfica que permita una amplitud a tener en cuenta frente a los conflictos o problemas psíquicos que conlleve a considerar una suerte de espectro psicopatológico en el cual la enfermedad mental se despliega en una especie de dinamismo, válido en todo proceso de enfermar, donde los aspectos de predisponente-desencadenante, o vulnerabilidad-estrés (ya comentados por Freud (1915-16) en su noción de series complementarias),

siguen siendo modelos válidos**. Esta noción tendrá en cuenta la multiplicidad de factores (intensidad del factor agresor, momento de la vida del paciente, circunstancias de aparición, etc.) sin olvidar ni el peso de las circunstancias reales ni la forma actual y pasada en la que el individuo reacciona a ella. En el paso de lo teórico y bien delimitado hacia la clínica, los trastornos muestran muchas veces una indefinición que convierte las áreas diagnósticas en una zona llena de ambigüedades, donde los aspectos nosográficos pueden quedar mal definidos, solapar distintos grupos diagnósticos, presentar síntomas imprecisos y problemas de fiabilidad y validez.

¿Cuál psicoterapia?

La caracterización de las psicoterapias es compleja, así como la estimación de su número. En Estados Unidos las estimaciones fueron pasando de 60 en los años 1960 a 125 en 1975, a 400 en 1986 y el número de variedades continuó creciendo³ (p. 6). Al mismo tiempo existe un cierto acuerdo en la literatura acerca de que es posible identificar un número más pequeño de “familias” de psicoterapias con elementos comunes entre sí, aunque no es fácil identificar estas familias o modelos en forma consensual. Strauss y Kaechele⁵⁰, siguiendo el informe presentado por Meyer (1991) al gobierno alemán para la elaboración de la ley de psicoterapias, definen “orientaciones básicas” de acuerdo con los siguientes criterios: a) existencia de modelos teóricos sobre la salud y la enfermedad y la etiología, así como relaciones con otras disciplinas; b) extensible en principio al conjunto del campo de los problemas psicológicos; c) con métodos diagnósticos que permitan formular la forma en la que se concibe el caso y su tratamiento; e) con diversas formas de intervenciones y concepciones específicas sobre la alianza terapéutica; f) con un rango amplio de aplicaciones clínicas; g) con formación institucionalizada en diferentes lugares. Desde esta perspectiva las “orientaciones básicas” más completas fueron la psicoanalítica y la cognitiva-conductual, seguidas por la psicoterapia centrada en el paciente (en la que la teoría etiológica tenía menor desarrollo).

La guía clínica de Ontario³⁵ distingue cuatro grandes “familias” de psicoterapias, que creemos que a grandes rasgos coincide con la situación en nuestro país:

- Las basadas en una mayor comprensión de sí mismo y de los conflictos pasados y presentes (modelo: el psicoanálisis).
- En la adquisición y aprendizaje de nuevos comportamientos⁵⁰ (modelo: la terapia cognitivo-comportamental).
- En la modificación de las pautas de relación interpersonal dentro del abordaje del sistema relacional como un todo (modelo: la terapia sistémica).
- En facilitar nuevas experiencias en el aquí y ahora (modelo: terapias experienciales y corporales).

En el punto anterior nos referimos a que existe evidencia a favor de la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en un considerable número de trastornos, como lo señalan las guías clínicas y las revisiones más autorizadas^{3,10,11,36}. Por ejemplo: con relación al tratamiento de la depresión existen ocho revisiones sistemáticas y dos revisiones Cochrane que corroboran su eficacia¹¹ (p. 40).

Existe asimismo un creciente número de trabajos, sobre todo de efectividad, destinados a evaluar los resultados del psicoanálisis y de los tratamientos dinámicos^{10, 51, 52-54}. La evidencia a favor de la eficacia y la efectividad de las psicoterapias experienciales (humanístico-rogeriana, no directiva, gestalt, psicodramática, etc.) no es abundante, pero se ha incrementado en los últimos años, pese a que, como señalan Elliott et al., el interés primario de estas terapias está puesto más en los estudios de proceso que en los de resultado⁵⁵. Son más escasos los estudios que muestran efectos prolongados de los tratamientos de pareja y familia, incluyendo los tratamientos realizados desde diferentes enfoques, pero el número de estudios de resultados (en especial, en el caso de los tratamientos de familia) es aún escaso por lo que parece prudente esperar nuevos estudios⁵⁶.

Dentro de estas cuatro categorías, tal vez el psicoanálisis y la terapia cognitivo-compor-

** Ver nota al final de referencias bibliográficas

tamental, a nivel de fundamentos teóricos y técnicos, constituyen los extremos del espectro (sin desmedro de que existen importantes y persistentes ensayos de aproximación de ambas formas de tratamiento). A su vez, mientras ambas tienen un corpus teórico y técnico muy desarrollado y referido a casos muchas veces severos, el counselling y la terapia de apoyo constituyen el otro extremo en cuanto a una menor complejidad y especialización teórica y técnica de las intervenciones. Desde esta perspectiva, es posible utilizar estos tres modelos de psicoterapia (psicoanálisis, terapia cognitivo-comportamental y counselling) para triangular un espacio que permita establecer ciertos criterios muy generales respecto a qué terapia para quién. En este caso nos apoyamos en las “Counselling and Psychological Therapies: Guideline and Directory” ya mencionadas³⁸, a las que hemos introducido algunas modificaciones. Esta propuesta está, por supuesto, abierta a revisión sobre la base de nuevos estudios de proceso y resultados.

Basándose en los tres prototipos o modelos que venimos de mencionar, es posible proponer

las siguientes recomendaciones tomando en cuenta los siguientes elementos: a) el tipo de problemas, b) la severidad de los mismos, c) la cronicidad y d) las características del paciente incluyendo su motivación.

Estas recomendaciones tienen un carácter muy general y deben ser evaluadas con cuidado en cada caso individual. Creemos que es posible generalizar una observación que hace Fonagy⁵⁷ (p. 53), con relación a los trastornos borderline: “Queda aún un largo camino a recorrer antes que podamos estar seguros acerca de qué pacientes son más adecuados para la terapia psicoanalítica, conductual o de apoyo, y quién debe ser tratado en qué contexto y con qué intensidad”. Cuando la evidencia a favor de una determinada forma de tratamiento no es concluyente, la motivación o preferencia del paciente debe jugar un papel preponderante¹¹. El papel de la motivación y disposición real del paciente hacia el tratamiento, es más importante cuanto mayor es el papel que juegan en el desarrollo del proceso terapéutico.

MODELO I

a) Problemas:

- adaptación a cambios en la vida, enfermedades o pérdidas
- estrés y ansiedad situacional
- depresión subclínica o humor descendido
- problemas maritales y relacionales
- dificultades en la relación interpersonal (afirmación personal, auto confianza, intimidad)

b) Gravedad:

- baja a moderada

c) Cronicidad:

- Comienzo reciente (menos de un año, excepto para problemas interpersonales y relacionales que pueden tener más cronicidad)

d) Factores del paciente:

- Preferencia por tratamientos breves

PARA ESTOS CASOS SE RECOMIENDA TRATAMIENTOS FOCALIZADOS BREVES (6-12 SESIONES) DIRIGIDOS A AFRONTAR LA CRISIS, COMPRENDER LOS SENTIMIENTOS, IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS, EXPLORAR Y/O TOMAR DECISIONES Y DISMINUIR EL ESTRÉS.

MODELO: “ COUNSELING”

MODELO II

a) Problemas:

- Marcada ansiedad sintomática (ataques de pánico, fobias, trastorno por estrés posttraumático, ansiedad generalizada, obsesiones y compulsiones)
- Depresión, especialmente cuando está asociada a pensamientos negativos acerca de sí mismo o de los otros
- Problemas comportamentales (de la alimentación, del sueño, control del impulso o de la rabia, trastornos de los hábitos)

b) Gravedad:

- Moderada a severa

c) Cronicidad:

- Persistencia de los motivos en el tiempo (meses)

d) Factores del paciente:

- Preferencia por el cambio sintomático u otros objetivos concretos o prácticos más que por la autoexploración

PARA ESTOS CASOS SE RECOMIENDA LOS TRATAMIENTOS ESTRUCTURADOS FOCALIZADOS EN EL CAMBIO SINTOMÁTICO O EN OBJETIVOS CONCRETOS Y PRÁCTICOS ESTABLECIDOS DE COMÚN ACUERDO ENTRE TERAPEUTA Y PACIENTE.

MODELO: TERAPIAS DE TIPO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

MODELO III

a) Problemas:

- Problemas de personalidad o dificultades interpersonales
- Cualquier presentación sintomática donde los problemas puedan ser entendidos en función del modo en que el paciente vive su vida o su manera de ver el mundo

b) Gravedad:

- Moderada a severa
- Intenso deseo de autoconocimiento que necesita ser explorado

c) Cronicidad:

- Persistencia de los motivos en el tiempo (meses)

d) Factores del paciente:

- Interés en la auto exploración
- Adecuada capacidad para tolerar la frustración y el dolor psíquico

PARA ESTOS CASOS SE RECOMIENDA LOS TRATAMIENTOS DIRIGIDOS A LA COMPRESIÓN DE SÍ MISMO Y QUE PROMUEVEN EL CAMBIO INTERIOR, USUALMENTE DE LARGA DURACIÓN, SEA EN FORMA INDIVIDUAL O GRUPAL

MODELO: TRATAMIENTOS PSICOANALÍTICOS.

7. ¿DIFERENCIACIÓN Y/O INTEGRACIÓN DE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS?

El campo de la psicoterapia está en continua transformación, pudiendo señalarse tres procesos diferentes que se desarrollan simultáneamente:

1. *Diferenciación creciente de distintos aspectos teóricos y técnicos en el interior de cada enfoque de psicoterapia.* Los ejemplos son múltiples y abarcan a todos los enfoques. Tomando como ejemplo el tratamiento de los pacientes borderline, podemos señalar a título de ejemplo: el surgimiento de la terapia dialéctico-conductual de M. Linehan⁵⁸ dentro

del campo cognitivo-conductual, articulando recursos clásicos de la terapia conductual y cognitiva con recursos tomados de otras fuentes. A su vez en esos mismos años, junto a la manualización de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, desarrollada para los pacientes borderline y publicada por Clarkin y Kernberg^{59, 60}, encontramos el desarrollo reciente por Peter Fonagy y A. Bateman, de un Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT) para estos pacientes, apoyado en ensayos clínicos controlados y en estudios de eficiencia⁵⁷ (pp. 44 y ss.). Dentro del campo psicoanalítico existe también un continuo surgimiento de nuevos conceptos y modalidades de trabajo, que se extienden en un espectro que va desde la revisión de conceptos freudianos clásicos al surgimiento de nuevas propuestas y al diálogo con otras disciplinas. Estos desarrollos hacia una especialización creciente ocurren dentro del marco de cada psicoterapia (o “familia” de psicoterapias) y se da en todas ellas.

2. *Propuestas integradoras*, en las que existe una elaboración formal teórica y metodológica tendiente a integrar elementos de distintas psicoterapias en modelos más amplios y abarcativos. Mencionaremos dos ejemplos tomados de nuestro medio.

En un trabajo publicado en los Anales de la Clínica Psiquiátrica en 1969, el Prof. Dr. F. Ramírez planteó la integración de concepciones conductuales con psicoanalíticas. En dicho trabajo busca combinar el método de entrenamiento autógeno de Shultz, como el abordaje inicial de síntomas de angustia y psicósomáticos. Cuando la angustia se cristaliza en síntomas fóbicos u obsesivos, utiliza el procedimiento de Wolpe, derivado de la teoría del aprendizaje. Por último, basado en la teoría psicodinámica, establece patrones mórbidos que le permiten abordar las situaciones conflictivas teniendo en cuenta las relaciones objetales tempranas, el tipo vivencial, los mecanismos de defensa y la actitud frente al mundo⁶¹.

Más recientemente, Sylvia Gril comenzó a desarrollar en nuestro medio la psicoterapia cognitivo analítica (CAT: Cognitive-Analytic Therapy) de Ryle⁶² en supervisión con el autor. Se trata de una técnica breve (8-25 sesiones), que busca combinar elementos de la terapia

cognitivo-conductual y psicoanalítica en un enfoque activo, estructurado, utilizando diagramas y elementos escritos para lograr la colaboración activa del paciente y desarrollar procedimientos que lo ayuden a reformular y modificar sus dificultades actuales, tomando como base el modelo de secuencias de procedimientos repetitivos relacionados con pautas de relaciones objetales. Al mismo tiempo se puede notar una aproximación a nivel de la investigación en ciertos campos, donde tienden a aproximarse y confrontarse ciertos conceptos que provienen de tradiciones diferentes, por ejemplo, el concepto de “mecanismos de defensa”, de tradición psicoanalítica y el de “mecanismos de afrontamiento” (coping), de tradición cognitivo-conductual⁶³.

3. *Enfoques eclécticos*. Esta perspectiva defiende el uso de más de un marco teórico para el tratamiento de un determinado paciente, tomando en forma pragmática procedimientos técnicos de distintas escuelas para adecuarse a las características individuales de cada paciente. El énfasis está puesto tanto en los ingredientes comunes a las distintas terapias (desarrollo de la alianza terapéutica, combatir la desmoralización, etc.) como en la utilización de recursos de distintas técnicas. Estas formas eclécticas de tratamiento son muy difíciles de describir en forma sistemática, pues varían de caso en caso.

Beutler y Clarkin han intentado avanzar en esta dirección, considerando que las propuestas integradoras y eclécticas marcan un camino que, desde los trabajos de Arnold Lazarus en los años 60 y 70, ha conducido actualmente a una segunda generación de modelos eclécticos o integrativos. Si bien este camino puede conducir a un enriquecimiento del campo de la psicoterapia, también se ha señalado que debe ser tomado con cautela, pues si no se procede con la suficiente claridad conceptual y técnica, el uso indiscriminado de elementos heterogéneos puede llevar a la falta de coherencia, a conceptos borrosos y a técnicas difusas e inconsistentes que dificulten tanto el avance teórico como la investigación de los resultados¹⁰ (p. 25).

Otros aspectos que despiertan el interés de la investigación y a los que volveremos son: a) cuántos ingredientes comunes existen entre

las diferentes psicoterapias y b) en qué medida ingredientes considerados específicos de un tipo de psicoterapia son en cierto modo utilizados también por otros enfoques psicoterapéuticos, aunque no los consideren teóricamente ni los incluyan explícitamente entre sus recursos terapéuticos. La investigación en psicoterapia tiende a mostrar que es difícil que cada enfoque psicoterapéutico no haga en cierta medida uso de elementos desarrollados por otras técnicas. Tomemos, por ejemplo, los cuatro elementos considerados como centrales para diferenciar las familias de psicoterapias. Es difícil que la comprensión de sí mismo, el aprendizaje, la modificación del contexto relacional y la apertura a nuevas experiencias no estén presentes en cierta forma en un proceso terapéutico de cualquier orientación, si bien la manera de considerarlos teóricamente, de trabajarlos y profundizarlos técnicamente y el papel que juegan en cada enfoque pueden ser diferentes. Pero es probable que la distancia real disminuya cuando un proceso terapéutico está guiado realmente por las necesidades del paciente y el terapeuta tiene la suficiente flexibilidad e información. Sin embargo, hay que tener en cuenta que es necesario estar atento a no usar estos elementos en una forma que los desnaturalice. Esto requiere de un diálogo efectivo entre las distintas psicoterapias, al modo en el que se da en los Ateneos de la Clínica Psiquiátrica y de un cotejo riguroso de registros de sesiones. Es interesante tener en cuenta que en el Congreso Internacional de Psicoanálisis de la International Psychoanalytical Association (IPA) realizado este año (Nueva Orleans, 2004), se realizaron discusiones de un material clínico entre analistas de la IPA, jungianos, lacanianos y terapeutas cognitivo-conductuales, lo cual parece confirmar una tendencia a un mayor diálogo entre las distintas corrientes.

Tanto la diferenciación y especialización creciente de las psicoterapias, como la búsqueda de sus ingredientes comunes y la fertilización mutua parecen ser tendencias del momento presente que tienen un efecto positivo.

8. INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

En la última década se desarrolló en forma importante la investigación acerca del sistema de atención, del proceso y de los resultados de la psicoterapia⁶⁴. Esta investigación constituye la base y el motor para la elaboración de las guías clínicas. En este capítulo mostramos algunas características de esta investigación que son útiles para evaluar el alcance de las guías en este campo, los problemas planteados y los desarrollos en curso. En especial nos interesa señalar la investigación que sostiene dos de las preguntas planteadas: la relativa a qué psicoterapia para quién, y la referente a la diferenciación e integración entre distintas corrientes.

Práctica basada en la evidencia. Terapias sustentadas empíricamente

Uno de los problemas más acuciantes en este campo es cómo acortar la distancia entre investigación y práctica clínica⁶⁵ (p. 806). La psicoterapia es un proceso complejo, que implica variables difíciles de operacionalizar con los métodos habituales en otros campos, y esto ha llevado a que las formas de investigación hayan ido evolucionando hacia una mayor complejidad⁶⁶.

Los resultados ampliamente corroborados a favor de la eficacia, efectividad y eficiencia de la psicoterapia alentaron el intento por aplicar en este campo criterios coincidentes con los de la Medicina Basada en Evidencias. El esfuerzo más destacado en ese sentido fue realizado por la División 12 (Psicología Clínica) de la American Psychological Association intentando establecer una lista de “psicoterapias sustentadas empíricamente” (la palabra usada inicialmente fue “validadas”: “validated”, sustituyéndose luego por la más amplia y menos rígida de “sostenidas”: “supported”). Para ser considerada como sustentada empíricamente, una psicoterapia debería basarse en la comparación de los resultados con un grupo control (sin tratamiento, con tratamiento alternativo o placebo), utilizando ensayos clínicos randomizados o diseños similares. Para ello, los tratamientos deberían ser homogéneos (o sea, ajustarse a un manual que permitiera

evaluar si los pacientes estaban recibiendo el mismo tratamiento), los trastornos deberían también ser comparables (o sea, entrar en las mismas categorías diagnósticas), los criterios de inclusión en el estudio ser confiables y las medidas de resultados cubrir por lo menos los objetivos planteados. Los criterios de replicabilidad también deberían ser satisfechos (al menos dos estudios deberían ser coincidentes, etc.)⁶⁷ (p. 18).

Este intento dio lugar a importantes discusiones^{50, 53, 68-75}. Como resultado de estos debates se pusieron de manifiesto los siguientes problemas:

- La randomización plantea serias dificultades en el caso de las psicoterapias: el paciente sabe qué tratamiento se le realiza y no pueden dejarse de lado sus preferencias, pues la motivación juega un papel importante en los resultados y desconocerla plantea objeciones metodológicas y éticas. Tampoco es posible constituir grupos control sin psicoterapia, pues no sería ético privar a los pacientes de un tratamiento efectivo⁷⁶. Si bien es posible comparar diferentes tratamientos entre sí o con listas de espera, se plantean dificultades con los tratamientos prolongados.

- La exigencia de que los tratamientos deben ser manualizados puede resultar artificial desde el punto de vista clínico (no corresponde a la forma real en la que trabajan muchos terapeutas) y deja de lado a las psicoterapias en las que la creatividad del terapeuta juega un papel importante.

- Los criterios de inclusión en la muestra basados en trastornos frecuentemente llevan a excluir a dos tercios de los pacientes, porque presentan morbilidad o formas de sufrimiento que no entran en los sistemas diagnósticos tradicionales.

- La influencia de la pérdida de casos se vuelve significativa a medida que la terapia se prolonga.

- Las escalas utilizadas para la evaluación de resultados suelen ser parciales y pueden no reflejar los cambios que el paciente más valora. La significación estadística de los resultados no siempre coincide con su significación clínica³.

- El alcance de los resultados depende del diseño de la investigación. La estrategia puede

apuntar a los resultados: a) post-sesión, b) trayectoria de resultados durante el tratamiento, c) terminación, d) trayectoria en el seguimiento y e) seguimiento a largo plazo. Estos resultados no siempre coinciden. Por ejemplo, un estudio de efectividad de 750 casos que buscaba comparar resultados de tratamientos psicoanalíticos de alta y baja frecuencia semanal (psicoanálisis versus psicoterapia psicoanalítica) mostró que los resultados eran altamente positivos y similares en el momento de la terminación, pero tres años después los pacientes de alta frecuencia seguían mostrando mejoría en los indicadores⁷⁷.

- El resultado obtenido en estudios de eficacia, realizados en las condiciones definidas como ideales, no necesariamente coincide con los estudios de efectividad, o sea, con los resultados que ese tratamiento logra en las condiciones habituales o ecológicas, donde la norma es la heterogeneidad de los pacientes, la variabilidad de los terapeutas, la comorbilidad, la adhesión inconstante a los tratamientos, etcétera.

- Resulta problemático extrapolar los resultados obtenidos en una cultura a otra distinta a aquella en la que fue realizado el estudio, desconociendo la relatividad cultural, socioeconómica y étnica de los factores en juego.

- La posibilidad de investigar una psicoterapia depende de la disponibilidad de recursos económicos y este hecho condiciona las guías, haciendo que queden de lado los diseños más complejos, las terapias más ambiciosas, los proyectos sin interés para el gobierno o las empresas, etc. Todo esto puede llevar a confundir la ausencia de evidencia con la evidencia de la ausencia de efectos, considerándose como sin apoyo en la evidencia a tratamientos que pueden ser eficaces pero que aún no han sido investigados⁴⁹.

- Como resumen, parece claro que el intento de evaluar la eficacia, efectividad y eficiencia de los distintos tratamientos es útil y necesario, pero exige extremada cautela cuando llega el momento de generalizar las conclusiones. Lambert resume estos intentos considerándolos prematuros y señala que es útil no descuidar otras direcciones de la investigación que considera más promisorias³ (pp. 7-9). Las listas de tratamientos sostenidos empíricamente, los manuales de tratamiento y ciertas guías

para la práctica pueden ser necesarias en el marco de la investigación y ser útiles como orientación general, pero no necesariamente deben ser extrapoladas sin más para el marco de la práctica clínica porque plantean un grado de precisión y conocimiento que no hemos alcanzado. El hecho predominante es que el éxito del tratamiento aparece dependiendo ampliamente de lo que ocurre entre este paciente y este terapeuta, y no del uso de probados tratamientos sostenidos empíricamente³.

En concordancia con lo que venimos de plantear, hemos orientado la presente guía procurando exponer más que nada aquellas recomendaciones básicas que puedan servir para una clarificación del campo de la psicoterapia en nuestras circunstancias.

VARIABLES RELEVANTES EN LA PSICOTERAPIA. Modelo genérico

En el marco de la investigación en proceso-resultado, Orlinsky y Howard desarrollaron en 1986 el concepto de *modelo genérico de la psicoterapia*, que busca encontrar elementos comunes que permitan construir un modelo válido para las distintas psicoterapias. Señalan así seis categorías de fenómenos que ocurren en todo proceso psicoterapéutico, cualquiera sea su orientación⁷⁸:

- El contrato terapéutico.
- Las operaciones terapéuticas (aspectos técnicos).
- El vínculo terapéutico (aspecto interpersonal).
- Relación consigo mismo (aspecto intrapersonal).
- Impactos en las sesiones y realizaciones terapéuticas (aspecto clínico).
- Modelos secuenciales (aspecto temporal del proceso).

Este modelo ha servido de apoyo a la investigación del proceso psicoterapéutico, esto es, de los pasos secuenciales a través de los cuales transcurre una psicoterapia.

Los hallazgos de la investigación de proceso-resultado apuntan a una compleja pero comprensiva visión de la psicoterapia. La psi-

coterapia efectiva es más que un conjunto de procedimientos técnicos, pero también es más que una cálida relación de apoyo. Tanto los factores comunes de la relación como las intervenciones específicas tienen un impacto en el resultado. El resultado se entiende mejor como el efecto sinérgico de los recursos y problemas del paciente, combinados con las habilidades y limitaciones del terapeuta.

Un esfuerzo útil en la investigación de proceso y de resultados es el de intentar identificar las variables intervinientes que puedan influir el curso de una terapia (sin subestimar variables extra terapéuticas que también pueden tener incidencia), distinguiendo:

1. *Variables dependientes del paciente.* Como dijimos, aunque la utilidad del diagnóstico psiquiátrico no puede ser desconocida, la investigación muestra la complejidad y multiplicidad de variables que inciden en el proceso terapéutico y en sus resultados. Los factores más fáciles de detectar (edad, sexo, inteligencia, severidad del trastorno, cronicidad, co-morbilidad, etc.) no han mostrado una influencia apreciable en el resultado de la terapia, aunque sí otros factores como etnicidad, ambiente familiar, etc. (Treatment choice) (pp. 33 y 34).

2. *Variables adscriptas al terapeuta.* Si bien existe evidencia de su gravitación y una larga tradición clínica en torno a algunas variables, los estudios sistemáticos aún son insuficientes, siendo necesario aumentar la investigación en este campo, incluyendo acerca de la necesidad preceptiva de que el terapeuta tenga su propio tratamiento. Trabajos recientes realizados en Buenos Aires por A. Duarte muestran las semejanzas y diferencias en el proceso clínico inferencial de psicoanalistas y terapeutas cognitivo-conductuales⁷⁹.

3. *Tipo de interacción entre las variables del paciente y del terapeuta* (alianza terapéutica, etc.). Este tipo de variables ha demostrado ser de gran significación práctica e importancia conceptual^{80, 81}. La mayor duración del tratamiento tiene en general un efecto positivo¹¹ (p. 34). La efectividad de la psicoterapia parece depender en gran parte de una adecuada alianza terapéutica, es decir, de un acuerdo fundamental entre terapeuta

y paciente acerca de las metas y tareas del tratamiento y de un compromiso mutuo en la tarea. Si esto no se logra, es menos probable que la terapia funcione, por lo que puede ser razonable encarar un cambio de terapeuta. Esta alianza de trabajo no implica que no puedan surgir sentimientos hostiles o conflictivos, sino que éstos puedan ser trabajados en el tratamiento¹¹ (p. 35).

Por otra parte, toda psicoterapia (lo explicito o no) se plantea una estrategia de trabajo así como determinadas metas clínicas, lo que en algunos casos implica la planificación del tratamiento y en otros, más básicamente, la definición de un encuadre y determinadas reglas técnicas que pautan la relación terapeuta-paciente. Esto es muy claro en las terapias focales^{82, 83}. Asimismo, autores como Thomae y Kaechele⁸⁴ entienden que, aun sin definirse como terapias focalizadas, las psicoterapias siguen determinados focos temáticos e incluso describen al psicoanálisis como el trabajo sobre una sucesión de focos. Este cambio puede verse no sólo en el material consciente⁸⁵.

Ha despertado asimismo interés el estudio comparativo de los mecanismos de cambio en las distintas psicoterapias. Grawe ha señalado cuatro de ellos como factores claves en los distintos procesos: a) aprendizaje frente a los problemas (“mastery/coping”), b) clarificación del significado desde una perspectiva motivacional, c) puesta en acto y re-experimentación de los problemas y d) activación de los recursos personales⁸⁶.

Otro campo importante de reflexión es el de los métodos para evaluar proceso y resultados. La importancia de toda investigación acerca de la efectividad de la psicoterapia está siempre condicionada por la calidad y las características de los criterios de evaluación utilizados. Ciertas escalas pueden sobrevaluar o subvaluar los resultados de una psicoterapia según midan o no el tipo de cambios que se producen en esa terapia. Con todo, si bien aún continúa una cierta proliferación caótica de instrumentos, comienza a ser más claro cuáles tienen mayor validez y confiabilidad en distintos campos, así como la necesidad de validarlos cuando se aplican en un medio cultural distinto a aquel en el cual fueron diseñados.

Una de las más importantes innovaciones de los últimos años ha sido un renovado énfasis en la búsqueda de significación clínica de los resultados, en oposición a la pura significación estadística. Concomitantemente, se ha perfeccionado las técnicas estadísticas y existe además una tendencia creciente a complementar los estudios cuantitativos con nuevas formas de estudios cualitativos, así como estudios sistemáticos de caso único con el uso de distintas metodologías⁸⁷. Se refuerza una suerte de pluralismo metodológico que complementa los tradicionales estudios de investigación con una variedad de técnicas más flexibles para aprehender la complejidad del fenómeno psicológico. Esta apertura, que incluye las técnicas cualitativas y el estudio de textos (análisis de contenido, del discurso, de las narrativas, etc.), permite dar cuenta de la dimensión hermenéutica, o sea, de las cuestiones relacionadas con el sentido y con la complejidad de las metas que pueden estar presentes en una psicoterapia.

Cuando se toma en cuenta esta complejidad metodológica sale a luz un fenómeno ya puesto de manifiesto en los estudios de efectividad de las psicoterapias antes citados así como por otras investigaciones: pocas diferencias pudieron detectarse entre las diferentes formas de psicoterapia evaluadas⁸⁸. Por otra parte, se puso de manifiesto un efecto de “lealtad” en los estudios comparativos de resultados. Luborsky et al.⁸⁹ mostraron que los resultados favorecen las psicoterapias preferidas por los investigadores que conducen el estudio. Cuando este efecto de lealtad se tiene en cuenta, se reducen apreciablemente las diferencias entre los distintos tratamientos. Esto vale para las formas de terapia estudiadas más exhaustivamente. Investigaciones realizadas en Buenos Aires por S. Quiroga muestran que tratamientos de psicoterapia psicoanalítica y de orientación cognitivo conductual, ambos de un año de duración, en pacientes con trastornos de la alimentación, resultan de eficacia similar y continúan siéndolo en el seguimiento durante dos años. Las dimensiones del cambio son algo diferentes y más amplias en el caso de los tratamientos psicoanalíticos^{90, 91}. Es posible que, como dijimos, las diferencias entre algunas de las distintas orientaciones terapéuticas sean menos pronunciadas en la práctica que en

el nivel abstracto de las teorías, existiendo coincidencias a nivel de ingredientes o factores comunes, como ser la esperanza de cambios, la catarsis, la exploración de los problemas, el apoyo y el estímulo para probar nuevos comportamientos y pensamientos, etc. Sin embargo, a medida que aumenta la complejidad y la severidad del caso pasan a gravitar factores específicos. En opinión de Lambert⁶⁵ (p. 806), se detecta a nivel de los trabajos actuales de investigación un progresivo paso de la preocupación por las teorías globales tradicionales—como la cognitivo-conductual, la psicoanalítica, la humanística, etc.— hacia preguntas que apuntan al nivel micro: ¿qué funciona en este caso específico? Los esfuerzos son muchas veces más pragmáticos y guiados por mini-teorías. Este camino conduce a un progreso de la investigación empírica, traducido en un aumento de la precisión y el enfoque de las investigaciones.

Una última conclusión: si bien los desórdenes mentales son muy costosos para la sociedad, los fondos dedicados a la investigación en este campo son mucho menores que los dedicados a otros campos. Un significativo aumento de los fondos y los esfuerzos dedicados a la investigación en psicoterapia es una necesidad crucial.

La investigación de proceso y resultados ha avanzado significativamente en los últimos años, confirmando la efectividad de la psicoterapia y clarificando algunos de sus modos de funcionamiento. Sin embargo, conviene evitar las conclusiones prematuras que cierren el campo de investigación, promover el desarrollo y la pluralidad de los métodos de investigación y dedicar más esfuerzos a obtener recursos económicos y humanos.

Investigación en psicoterapia en Uruguay

Desde hace muchas décadas, existe en Uruguay una abundante publicación de casos clínicos que ha permitido ejemplificar las ideas teóricas y técnicas del autor y apreciar, en cierta medida, el apoyo que estas ideas encuentran en la práctica clínica. Este

tipo de investigación ha tenido también una indudable utilidad docente y ha servido para promover la difusión de nuevas ideas en el campo. También se han dado instancias de confrontación entre distintos abordajes psicoterapéuticos (por ejemplo, en los Ateneos de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica, en diversas actividades de sociedades científicas, etc.). Han sido menos frecuentes los estudios sistemáticos de caso único con el uso de distintas metodologías o el cotejo crítico de distintas hipótesis alternativas frente a un material clínico acompañado de un estudio sistemático del mismo.

En los últimos quince años creció el interés por la investigación empírica del sistema de atención, del proceso y de los resultados de psicoterapia. Esto se puede comprobar en dos hechos significativos:

1. La formación de grupos y actividades de investigación empírica en psicoterapia a nivel de universidades, sociedades científicas e instituciones privadas. Cabe mencionar, a título de ejemplo, las investigaciones desarrolladas en la Facultad de Medicina y (en menor grado) en la de Psicología, en el Laboratorio de Investigación de la Asociación Psicoanalítica, en el Instituto Ágora, en distintas sociedades científicas, etc. (Aunque el listado no pretende ser exhaustivo, más información puede encontrarse en las siguientes publicaciones: ^{16, 85, 92-103}). Cuando se han realizado estudios de resultados estos han confirmado la efectividad de la psicoterapia. Si esta tendencia se mantiene es de esperar en el futuro el surgimiento de publicaciones con mayor rigor metodológico y que reúnan las condiciones para su utilización en estudios metaanalíticos.

2. La participación de Uruguay en el Capítulo Sudamericano de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia (SPR: Society for Psychotherapy Research), así como en las secciones de investigación de otras sociedades científicas internacionales. Uruguay fue sede de una reunión regional de la SPR así como del Congreso Mundial de la SPR en el año 2001*.

* Corresponde mencionar aquí la labor de la Ps. Sylvia Gril, quien fue Vicepresidente de la SPR. Su desaparición prematura dejó interrumpidas sus investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico y el núcleo central del proceso relacional (CCRT), así como sobre la integración de procedimientos psicoanalíticos y cognitivo-conductuales siguiendo las ideas de A. Ryle.

9. ¿PSICOTERAPIA Y/O PSICOFÁRMACOS?

Si bien existe consenso de que ambos tratamientos deben ser complementarios cuando está justificado el uso de ambos, existen aún situaciones donde la decisión no es clara y que está abierta a la investigación. Del mismo modo, la similitud de resultados en algunos casos obliga a una reflexión sobre el estado actual de la cuestión con relación al marco conceptual que mejor permite comprender esta sinergia.

Tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos: una cuestión de investigación empírica y de prudencia clínica

No se trata de oponer tratamientos psicológicos y tratamientos farmacológicos, sino que es necesario mantener una actitud prudente y crítica con relación a cuáles son los beneficios y los riesgos de unos y de otros para el paciente¹⁰⁴, así como considerar el factor costo-beneficio. No siempre los trabajos son coincidentes, por lo que abordaremos tres cuestiones: a) ¿cuándo combinar fármacos y psicoterapia?, b) ¿por el mismo técnico o por técnicos distintos? y c) ¿cuál es de elección para el inicio del tratamiento?

El éxito empíricamente demostrado de la farmacoterapia y de la psicoterapia en el tratamiento de un amplio espectro de desórdenes psiquiátricos ha creado un debate acerca de la relativa utilidad de cada una de ellas en muchos de esos desórdenes. Esto hace necesario una convincente evidencia de que el tratamiento combinado sea superior a las monoterapias¹⁰⁵⁻¹⁰⁷. Según la revisión efectuada por Hollon y Beck, el incremento de eficacia de combinar terapia cognitiva con medicación puede estimarse en un 10-15%, actuando más rápido la medicación, pero teniendo mayor valor la terapia para la prevención y la evitación de recaídas⁴⁵ (p. 451).

Para Magder y cols.¹⁰⁸ “La inclusión de un capítulo sobre la combinación del uso de la farmacoterapia y la psicoterapia en un libro sobre guías para la psicoterapia refleja la general aceptación de la aproximación a un tratamiento integrado en la mayoría de los desórdenes psiquiátricos”, aunque para

estos autores los casos reportados, si bien son sugerentes de un rico rol de la integración, los resultados para confirmar esta integración no han sido del todo concluyentes.

Con relación al punto sobre las consideraciones de la farmacoterapia y la psicoterapia, solas o en combinación, Roth y Fonagy¹⁰ destacan una serie de proposiciones metodológicas que complican la interpretación de las pruebas que contrastan estas dos modalidades:

a. Inadecuada implementación o prescripción de una medicación, donde se debe tener en cuenta las dosis de droga usadas y las medidas de los niveles plasmáticos de la misma.

b. La inadecuada apreciación de los nuevos antidepresivos, caso de los ISRS en los que, si bien se han demostrado con relativamente pocos efectos secundarios y son mejor tolerados, no hay evidencia de que sean más efectivos que los “viejos” antidepresivos.

c. Influencia sobre los resultados “a ciegas” con relación al estado de la medicación. Fonagy señala distintos informes que muestran cuestionamientos acerca de la posibilidad de sobrestimar los efectos de las drogas y, aun más, la posibilidad de factores tendenciosos cuando el contraste entre medicación y psicoterapia es tomado por investigadores que alientan una lealtad a determinada modalidad.

d. Subtipos de depresión y respuesta al control placebo. Klein (ápu^d Fonagy)⁵¹ ha argumentado que los estudios que contrastan psicoterapia y medicación deberían incluir un control placebo para demostrar que la muestra operaría como si fuera dependiente de la medicación. Para Figueroa¹⁰⁹ el factor placebo está lejos de haberse solucionado.

e. Controlar el impacto de la atención. Fonagy entiende al respecto la situación en que a los pacientes, por el solo hecho de ser seleccionados y sometidos a psicoterapia, ya se les brinda mucha más atención que aquellos que reciben sólo medicación.

Las búsquedas más sustanciales dirigidas al tratamiento combinado se han dado sobre todo con tres diagnósticos: desórdenes del humor, esquizofrenia y desórdenes de ansiedad. Más aun, la comparación entre psicoterapias y farmacoterapias y la combinación de ambas modalidades se ha estudiado en forma espe-

cialmente rigurosa en pacientes con depresión mayor unipolar¹⁰⁹, por lo que lo vamos a tomar como prototipo para ejemplificar a la vez que para discutir otras modalidades terapéuticas.

Hacia 1977 el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) programó una ambiciosa investigación de largo alcance donde se incluyeron 28 terapeutas experimentados en tres modalidades de terapia: terapia cognitiva (TC), psicoterapia interpersonal (PI) y psicofármacos (PF) a la vez que imipramina más manejo clínico (MC) y píldora-placebo más manejo clínico¹¹⁰.

Debido a su rigurosidad científica y a que ha marcado un estándar con el cual deben medirse las actuales investigaciones y guías de tratamiento, mostramos los primeros resultados del estudio de la depresión del NIMH¹⁰⁹:

- Tres terapias altamente eficaces con pocas diferencias entre sí.
- PF mejor rendimiento en pacientes sintomatológicamente más graves.
- PI más indicado al existir trastornos funcionales severos.
- No hay indicios de especificidad entre las psicoterapias.
- Alta efectividad cuando MC.
- Eficacia a largo plazo menor que la esperada.
- Abandono importante al final del estudio (32%).
- Bajo porcentaje de mantenimiento de recuperación en la evolución.

Lo presentado hasta aquí en la comparación entre farmacoterapia y psicoterapia en el tratamiento de la depresión se puede resumir en indicaciones clínicas concretas, como lo ha hecho la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en la última versión de su "Guía clínica para el tratamiento de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor"³⁴. Esta guía basada en la revisión de la literatura especializada reconoce que sus conclusiones están sustentadas preferentemente en el uso de los tricíclicos y que hay que esperar los nuevos datos que se acumulen con el uso de los ISRS. Sin embargo, la importancia mayor de estos estudios radica en que muchos datos señalan inequívocamente

la importancia práctica de la integración de los dos tratamientos, estableciendo un cuadro sobre los mecanismos de acción de los tratamientos combinados, que podría resumirse de la siguiente manera (Klerman, Weissman et al. (ápu^d Figueroa¹⁰⁹):

Efectos positivos

- Los medicamentos facilitan la accesibilidad psicoterapéutica.
- La medicación fomenta funciones del Yo necesarias para la participación en psicoterapia.
- Los fármacos promueven la abreacción psicoterapéutica.
- Las drogas ejercen efectos positivos en expectativas, actitudes y estigmas.
- La psicoterapia facilita la adhesión a la medicación.
- La psicoterapia como coadyuvante rehabilitador junto al efecto etiológico de la droga.

Efectos negativos

- Acción placebo negativa de la medicación sobre psicoterapia.
- La reducción farmacológica de síntomas disminuye motivación para psicoterapia.
- La medicación socava las defensas promoviendo síntomas que son sustitutos.
- La farmacoterapia es suficiente y necesaria (sin psicoterapia).
- La psicoterapia puede ser sintomatológicamente disruptiva al remover conflictos.
- La psicoterapia puede disminuir la adherencia a los medicamentos al considerarlos sólo sintomáticos.

La psicoterapia psicodinámica de larga duración no está incluida en estos estudios sobre el trastorno depresivo. Corresponde señalar el aporte de algunas investigaciones psicoanalíticas actuales apoyadas en investigaciones empíricas, como ser el estudio sobre los mecanismos generadores de la depresión, como la de Sydney Blatt¹¹¹ que comparan estudios psicoanalíticos y cognitivos.

Roth y Fonagy¹⁰ citan un número creciente de ensayos controlados de buena calidad

con enfoque psicodinámico sugiriendo que no hay discontinuidad intrínseca entre este método y otras investigaciones empíricas (y también indicando la potencial efectividad de este método). Actualmente, se lo recomienda cuando existe una depresión con un trastorno de personalidad, no hay síntomas muy floridos, se busca aumentar la adherencia o es preferido por el paciente (Diguier, Barber y Luborsky (ápu^d Figueroa¹⁰⁹).

Magder y cols.¹⁰⁸ agregan una serie de datos complementarios en el sentido de que los tratamientos combinados dan mejores resultados en las depresiones recidivantes y recurrentes, en las formas resistentes, así como cuando hay comorbilidad significativa. Para estos autores, el caso de la distimia no ha sido tan extensamente estudiado como el de los trastornos depresivos mayores.

En la situación de los desórdenes bipolares y las formas psicóticas de la depresión, los estabilizadores del humor y la ECT son la piedra angular del tratamiento, aunque una variedad de intervenciones psicoterapéuticas puede ser un importante agregado.

En una reseña de la bibliografía, Hollon y Fawcett¹¹² llegaron a la siguiente conclusión: “la farmacoterapia proporciona un alivio rápido y fiable del sufrimiento agudo, y la psicoterapia, un cambio profundo y persistente, albergando el tratamiento combinado las ventajas específicas de cada una de ellas” (p. 1232).

En sus conclusiones sobre la investigación de métodos combinados, Roth y Fonagy¹⁰ sostienen que “nuestro conocimiento del impacto de las terapias farmacológicas y psicológicas, solo o en combinación, puede diferir de acuerdo a las condiciones del examen”. Los autores sostienen que debe tomarse en cuenta que habitualmente la combinación de tratamientos parece ser más beneficiosa que una u otra modalidad ofrecidas solas, por lo que las observaciones sugieren que los pacientes son beneficiados cuando la interacción de ambas modalidades es posible, lo cual mostraría la necesidad de integración entre los servicios que estas ofrecen.

Para Gabbard y Kay¹¹³ resultan claras las ventajas del tratamiento combinado. Estos autores citan a Luborsky y cols., quienes, hacia 1993, efectuaron un metaanálisis de 13 estudios sobre psicoterapia dinámica frente

a otras modalidades terapéuticas. Si bien no constataron resultados significativamente diferentes para la mayoría de las comparaciones, la ventaja a favor del tratamiento combinado resultó aplastante: psicoterapia dinámica junto con farmacoterapia fue superior a psicoterapia o farmacoterapia consideradas por separado.

Por lo tanto, según Magder y cols.¹⁰⁸, “la capacidad de proveer una terapia combinada sofisticada debería ser una meta importante de la formación en Psiquiatría”, aunque cabe la salvedad de que muchos interrogantes están aún abiertos a futuras investigaciones.

¿Dos técnicos o uno solo? O, mejor aun: ¿son dos terapeutas mejores que uno?

La cuestión de si el psicoterapeuta debe también ser quien medica al paciente, en el caso de ser psiquiatra, ha sido largamente debatida y pone en juego el modelo subyacente, o sea, si se maneja el esquema de dos personas con dos formaciones separadas, o si se vuelve al modelo de un psiquiatra único biopsicosocialmente orientado¹¹³. Plantea también preguntas concretas acerca de las que no hay suficiente información sobre el porcentaje y características del modo de proceder y sus resultados cuando un terapeuta ejerce ambos roles, ni sobre las implicancias y dinamos involucrados¹⁰⁹.

Un enfoque exclusivamente farmacológico, centrado sólo en el ajuste de la dosis y en el control de los efectos secundarios puede servirle al psiquiatra como defensa frente a la toma de conciencia dolorosa, empática, de la angustia del paciente, a la vez que ofrece la ilusión de un dominio de la complejidad de la enfermedad psiquiátrica¹¹⁴. El modelo unipersonal también permite disponer de mucho más tiempo para la relación psiquiatra-paciente, formándose así una sólida alianza terapéutica, alianza que puede desempeñar un papel más importante aun que el impacto de determinada modalidad terapéutica.

Gabbard y Kay¹¹³ proporcionan una serie de indicaciones, basadas en la experiencia clínica, para determinar que un psiquiatra adecuadamente formado se responsabilice de ambos tratamientos. A título de ejemplo: a) pacientes

con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que no cumplen con la medicación prescrita, b) pacientes con trastorno bipolar I que niegan la existencia de enfermedad y que no colaboran con el plan terapéutico, c) pacientes con enfermedades médicas graves e inestables, cuando los conocimientos médicos del psiquiatra son importantes para abordar la situación global, d) pacientes con un grave trastorno fronterizo de la personalidad que utilizan el tratamiento dividido de tal manera que se rompe el equipo terapéutico, e) pacientes de alto riesgo suicida con gran carga de impulsividad, que pueden requerir una hospitalización en el curso del tratamiento, f) pacientes con trastornos graves de la conducta alimenticia que presentan importantes complicaciones en el tratamiento médico y g) pacientes con un cuadro clínico ambiguo en los que la necesidad de medicación no está totalmente clara y se requiere una evaluación continuada del beneficio relativo de la medicación en el marco de un plan terapéutico global⁵³.

Aunque estas situaciones clínicas son sólo aproximaciones, los autores citados abogan para que puedan servir como punto de partida para la asistencia y la docencia.

De todas maneras, no debemos dejar de tener en cuenta que “el clínico ideal sería el capaz de integrar información relevante tanto desde el punto de vista biológico como del psicológico para evaluar, recetar e implementar el tratamiento. Él o ella serían un docente y un modelo a seguir significativo, no sólo para los estudiantes de Psiquiatría, sino también para especialistas en otras áreas de la Medicina”¹⁰⁸.

¿Cómo comenzar un tratamiento?

Un tratamiento combinado puede comenzar como tal, ya sea desde el principio o a continuación de un tratamiento iniciado con otra modalidad. De esta manera, la medicación puede ser agregada para ocuparse de los síntomas que no responden a la psicoterapia, la psicoterapia puede ser agregada cuando la resolución de los síntomas iniciales es incompleta por la medicación o dirigirse a problemas más lejanos de funcionamiento

que son destrabados después de la mejoría inicial de los síntomas.

La decisión de usar terapia combinada depende del diagnóstico, comorbilidad y en definitiva, en ausencia de claras guías desde los estudios empíricos y de acuerdo con las preferencias del paciente¹⁰⁸.

Thase¹⁰⁵ considera que no hay evidencia concluyente de que las combinaciones de psicoterapia y farmacoterapia deban ser consideradas un estándar, al menos para los desórdenes depresivos y de ansiedad más leves, que es la situación más corriente, y cree que la falta de un efecto aditivo definitivo justifica la selección de la monoterapia primero, basada en la disponibilidad y preferencia del paciente, con la estrategia alternativa, considerada en secuencia o combinación, para aquellos que responden menos al tratamiento.

Figuroa¹⁰⁹ parte de las indagaciones de Conte y cols. (1986), Manning y Frances (1990), Hollon y cols. (1991) y Persons (1993), y concluye que, si bien la psicoterapia más farmacoterapia sería levemente superior a cada uno de los tratamientos por sí solos, es pertinente la siguiente propuesta:

Consideraciones para el tratamiento combinado

- Como primera opción:
 - Historia de respuesta parcial a cualquiera de los tratamientos por separado.
 - Episodio de depresión mayor de más de 2 años de duración.
 - Historia de dos o más episodios con pobre recuperación entre episodios.
 - Dificultades psicosociales significativas que interfieren con la adherencia e indicaciones para la medicación.
 - El paciente lo solicita.
- Agregar medicación a la psicoterapia:
 - Pobre respuesta a psicoterapia sola después de 6 semanas.
 - Respuesta sólo parcial a psicoterapia después de 12 semanas.

- Agregar psicoterapia a la medicación (si la medicación fue bien implementada):
 - Respuesta parcial a fármaco y persistencia de síntomas psicológicos predominantes.
 - Respuesta parcial o completa a medicación y permanecen problemas psicosociales.
 - Paciente tiene dificultad con la adhesión a terapia.

Gabbard y Kay¹¹³ se preguntan qué pacientes se benefician del tratamiento combinado. Responden que no todos los pacientes requieren necesariamente ambas modalidades terapéuticas. Las formas leves a moderadas no crónicas del trastorno depresivo mayor responderían bien tanto a la medicación como a la psicoterapia.

Pero estos autores terminan su artículo manifestando que “los retos docentes, como ocurre siempre, pondrán sobre el tapete múltiples interrogantes científicos que recibirán algún día debida respuesta gracias a una investigación más sistematizada”.

La psicoterapia también se mostró eficaz en el caso de los trastornos por ansiedad.

Hollon y Beck¹¹² señalan que la terapia cognitivo conductual se mostró más eficaz que la medicación en el tratamiento de los ataques de pánico, en la disminución de las recaídas y en facilitar el retiro de la medicación sin que se repitan los ataques. No hay acuerdo acerca de si se debe comenzar dando psicofármacos (alprazolam, etc.) y, aunque existen opiniones categóricas a favor de utilizar únicamente la terapia cognitivo-conductual¹¹⁵, no parecen existir aún estudios suficientes sobre el punto.

La terapia cognitivo conductual también se mostró equivalente al uso de antidepresivos en los trastornos de pánico, siendo discutibles los beneficios en la terapia combinada, lo que lleva a estos autores a sugerir la psicoterapia como tratamiento de primera línea y la combinada para los casos severos o resistentes¹⁰⁵ (p. 754). Roth y Fonagy¹⁰ han expresado opiniones coincidentes.

En el momento actual frente a un amplio número de trastornos, el clínico debe evaluar cuidadosamente las

ventajas y desventajas de comenzar un tratamiento exclusivamente con psicoterapia o con farmacoterapia o con ambas simultáneamente.

Psicoterapia y neurociencias

Dado que el marco conceptual forma parte del operativo desde el cual se toman las decisiones clínicas, consideramos oportuno mencionar algunos de los conceptos actuales que sugieren la posibilidad de formular desde una perspectiva unificada las relaciones entre farmacoterapia y psicoterapia.

En un conocido estudio Kandel¹¹⁶ considera que nos hallamos en presencia de un nuevo marco de referencia en Psiquiatría al conceptualizar los cambios psicológicos producidos por la psicoterapia a partir de cambios neuronales y de transmisores cerebrales, o sea, que estamos en los inicios de entender cómo las intervenciones psicoterapéuticas producen su efecto.

Toda la evidencia del impacto de la psicoterapia en el cerebro abre nuevas líneas de investigación para mejorar nuestra comprensión sobre la psicopatología y el tratamiento. Estas son: a) los mecanismos de acción de las psicoterapias, b) la interrelación de los mecanismos de acción de la medicación y de la psicoterapia y c) una comprensión más clara de la patogénesis en sí misma y la maleabilidad de algunos componentes de los mecanismos patogénicos de los desórdenes psiquiátricos mayores.

Para Gabbard y Kay¹¹³: “La información creciente que sustenta la base neurobiológica de la psicoterapia permite vislumbrar un nuevo horizonte para la psiquiatría. La interrelación entre mente y cerebro, psicología y biología, farmacoterapia y psicoterapia se sitúa, de hecho, en la vanguardia de la neurociencia a comienzos del nuevo milenio”.

Puede sostenerse que la psicoterapia cambia el cerebro y la farmacoterapia cambia la mente. Hollon y Beck⁴⁵ han encontrado que tanto la psicoterapia cognitiva como la farmacoterapia cambian las creencias negativas. Sin embargo, estudios más minuciosos sugieren que el cambio en las expectativas y estilos atributivos es previo al cambio en el estado

depresivo y que, por lo tanto, no es un epifenómeno de la mejoría sintomática sino un factor mediador (p. 453). Postulan, por tanto, que mientras los antidepresivos actúan fundamentalmente como un factor paliativo, la psicoterapia puede plantearse como un factor curativo (p. 451).

Como señala Probst^{117, 118}, no se trata de enfrentar la psicoterapia y las neurociencias y posicionarse al respecto, sino ver qué está aconteciendo con ciertas investigaciones en psicoterapia y en neurociencias. Tomando en cuenta los fenómenos de plasticidad cerebral, tratamos de no caer ni en una concepción endogenista en que el desarrollo sigue líneas rígidas, ni en una concepción ambientalista que desconozca el papel de los sistemas biológicos innatos que posibilitan la acción de lo externo. Conocemos actualmente que el cerebro está caracterizado por una considerable plasticidad y que el material genético no es estático en tanto responde a los factores del ambiente, algo que estamos comenzando a comprender. Entre estos factores del ambiente la psicoterapia jugaría un rol fundamental.

Kandell¹¹⁶ ha sugerido que, por producir cambios en la expresión genética, la psicoterapia puede modificar el rango de las conexiones sinápticas.

Los factores biológicos y psicológicos aparecen teniendo el mismo peso en el desarrollo. Hay un efecto recíproco de la expresión genética sobre el entorno y del entorno en la expresión genética en cada familia de sistemas y no podemos forzar un reduccionismo ni en una dirección biológica ni en una dirección psicosocial.

Sobre lo que venimos diciendo, recordemos los términos en que Olds y Cooper¹¹⁹ aluden al campo interdisciplinario, proponiendo llamar “fertilización cruzada” o “cruce fertilizante” (“cross fertilization”) a las ideas creativas que provienen frecuentemente de esa encrucijada de mutuas interacciones, en la que es inherente a cada disciplina el verse reforzada por descubrimientos y aportes desde campos vecinos^{120, 121}.

En este sentido, Panksepp¹²² afirma que “la gran red intermediaria del cerebro, sólo podrá ser desentrañada con un abordaje conjunto desde lo molecular a la psicodinamia global”.

Se puede hipotetizar que tratamientos como la psicoterapia refuerzan dicha activación y, aprovechando la plasticidad de la corteza, modulan respuestas emocionales profundamente arraigadas¹²⁰.

Kandell^{116, 123} ha investigado cómo actúan estos procesos a nivel sináptico e intracelular. La psicoterapia puede analizarse como un ejemplo de la forma en que la experiencia con el entorno puede modificar la expresión génica. Este autor sugiere que la psicoterapia constituye una forma de aprendizaje que produce cambios conductuales a largo plazo por alterar la resistencia y los patrones anatómicos de la conectividad neuronal en respuesta a la influencia de la expresión génica.

Los cambios que la psicoterapia puede introducir a nivel del cerebro se comprenden mejor si se los examina a la luz de la neurobiología del desarrollo. En la última década creció el consenso acerca de que el cerebro del niño es moldeado por el ambiente y las relaciones de apego. Esta necesidad de los estímulos ambientales apropiados para que el sistema nervioso pueda desarrollarse y madurar adecuadamente llevó a hablar del cerebro como un órgano bio-ambiental o bio-social^{124, 125}.

Para Gabbard¹²⁶ “Estamos a las puertas de demostrar que la psicoterapia es una poderosa intervención que afecta el cerebro”.

El autor concluye que: “Mientras todos estos estudios son preliminares y requieren ser replicados y una búsqueda más profunda, hay poca duda que estamos entrando en una nueva frontera en el campo de la mente-cerebro especialmente conocida como Psiquiatría”¹²⁵.

10. LA PSICOTERAPIA EN EL URUGUAY

En Uruguay existen diferentes tipos de psicoterapia que, en esquema, y con las salvedades expuestas, podrían ser consideradas dentro de los cuatro grupos o “familias” de psicoterapias mencionados más arriba (psicoanalítico, cognitivo-conductual, sistémico y

experienciales). También existe el counselling y distintas formas de terapias de apoyo.

No existen datos precisos sobre el número y orientación de los psicoterapeutas que trabajan en el país. Tampoco hay un registro oficial de las sociedades científicas dedicadas a la psicoterapia. Lo que sigue debe tomarse más como una aproximación preliminar al tema que como un informe exhaustivo.

A. Enfoques terapéuticos

1. Enfoque psicoanalítico

El psicoanálisis fue la primera orientación psicoterapéutica en desarrollarse en nuestro medio y las psicoterapias dinámicas o de orientación psicoanalítica han sido históricamente las más difundidas y desarrolladas. En el Uruguay el psicoanálisis fue introducido a mediados del siglo pasado por los fundadores de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

a. Fundamentos teóricos

A pesar de la gran diversidad de corrientes teóricas dentro del psicoanálisis, todas coinciden en el concepto de inconsciente, de conflicto psíquico y en la importancia de las experiencias infantiles y del complejo de Edipo como determinantes de la patología. Dentro de esta escuela existen múltiples corrientes teóricas vinculadas por lo general a los aportes de determinados autores. La corriente freudiana originaria plantea, a su vez, más de una concepción del psiquismo, como son la primera y segunda tópica. En la primera tópica se teoriza un aparato psíquico constituido por el inconsciente, el preconscious y la conciencia. En la segunda el aparato psíquico estará constituido por el Ello, Yo y Súper Yo. También la teorización freudiana reformuló la teoría de las pulsiones. Así, en un primer momento distinguirá las pulsiones sexuales de las de autoconservación y posteriormente opondrá las pulsiones de vida a las de muerte. En el Río de la Plata fueron rápidamente asimiladas las nuevas teorías presentadas por Melanie Klein en la década de los 50. Desde esta perspectiva, se forjaba una nueva mirada sobre las relaciones obje-

tales, proponiendo un modelo de desarrollo temprano centrado en fenómenos iniciales de escisión y proyección propios de la posición esquizo-paranoide, seguidos por movimientos de integración tanto del sujeto como del objeto propios de la posición depresiva, y que dan paso posteriormente a formas más maduras del complejo de Edipo y del funcionamiento psíquico. En esta concepción, la pulsión de muerte y los fenómenos de agresión cumplen un papel importante. Las ideas kleinianas se aplicaron en el tratamiento de niños, psicóticos, grupos, etcétera.

Durante la década del 70 es mayor la influencia de otros autores (W. Bion, D. W. Winnicott), y en especial de autores franceses como Jacques Lacan que ejerce su influencia tanto dentro de las asociaciones psicoanalíticas pertenecientes a la IPA como fuera de ellas. Si bien su postura es presentada como un retorno a Freud, plantea en realidad ideas originales, tales como la del estadio del espejo, los tres registros (real, imaginario y simbólico), etc., acompañadas de modificaciones en la forma de escuchar al paciente y de intervenir que estuvieron en el origen de su alejamiento de la IPA.

En el momento actual existe dentro de las principales asociaciones psicoanalíticas una situación de pluralismo, sin desmedro de la existencia de una base común teórica y técnica. En el resto del mundo, la teoría psicoanalítica también ha sufrido importantes desarrollos a lo largo del siglo, muchos de los cuales están presentes también en nuestro medio:

- La importancia de los aspectos intersubjetivos y vinculares, que va desde los primeros trabajos producidos en el Río de la Plata (E. Pichon Rivière, J. Bleger, W. y M Baranger, D. Liberman, H. Racker), hasta autores actuales. Esto se refleja tanto en desarrollos de la técnica clásica (por ejemplo, noción de “campo” de Baranger), como en el interés por el trabajo con grupos, pareja y familia.
- El interés por el lenguaje y por los aspectos simbólicos y estructurales del psiquismo.
- El desarrollo de los tratamientos de niños y el estudio directo de la relación temprana del niño pequeño con sus cuidadores y las formas de apego.
- El desarrollo de modelos técnicos específicos

para determinadas patologías (comunidades terapéuticas para adictos y psicóticos, modelos de trabajo con pacientes fronterizos, etc.).

- La formulación y validación empírica de modelos más breves y focalizados para situaciones de crisis.

b. Técnica

Además de un conjunto de postulados teóricos sobre el psiquismo humano, el psicoanálisis es un método psicoterapéutico que busca investigar la conflictiva infantil inconsciente del paciente como forma de enriquecimiento en la comprensión de sí mismo y de su historia y concomitantemente como un camino de resolución de su patología. Este método propone una serie de reglas técnicas que permiten la toma de conciencia de estas influencias primitivas, su transformación y un manejo más libre de las mismas por parte del paciente. Este método se basa en la asociación libre del paciente, que facilita la regresión y permite que el paciente pueda dar la expresión más amplia a sus emociones y sus pensamientos. Se jerarquizan también los aspectos no verbales de la comunicación así como los distintos comportamientos del paciente.

Como contrapartida, el analista debe adoptar una actitud: a) de atención libremente flotante que le permita descubrir configuraciones latentes que pueden no coincidir con el contenido manifiesto del discurso del paciente, prestando atención a los síntomas, sueños, lapsus, recuerdos, etc.; b) de neutralidad, en la medida en que no toma partido por los distintos deseos o fuerzas en conflicto dentro del paciente y se abstiene de participar en la vida del paciente o de buscar establecer con él una relación social fuera de las sesiones.

La interpretación y la construcción son las herramientas que permiten procesar de una manera mejor los conflictos perturbadores. También el analista debe observar la transferencia, que pone de manifiesto los modos de relación primarios reeditados en el vínculo con el analista y su propia contratransferencia, esto es, sus reacciones involuntarias ante el paciente. Estas reacciones, que fueron vistas inicialmente como un obstáculo o dificultad, fueron consideradas luego como un instru-

mento potencial (H. Racker, P. Heymann). El encuadre está dado por el conjunto de constantes de lugar, tiempo, frecuencia, etc., que tienden a facilitar que se desarrolle un proceso de cambio en el paciente a través de la comprensión de aspectos inconscientes de sí mismo (insight).

c. Formas principales

En sus inicios el psicoanálisis fue una terapia individual, indicada para el tratamiento de las neurosis, con sesiones de cincuenta minutos con una frecuencia de cuatro veces por semana. Posteriormente, se implementaron nuevos abordajes para distintas patologías o situaciones, y se produjeron modificaciones técnicas de distinto tipo, haciéndose más habituales los tratamientos de frecuencia semanal más baja.

Tradicionalmente, se distinguió el psicoanálisis clásico, en el que se buscaba un encuadre que permitiera la mayor profundidad posible del análisis (para lo cual se favorecía la alta frecuencia de sesiones, el máximo de neutralidad, etc.), de las psicoterapias de orientación psicoanalítica, en las que el encuadre podía ser menos estricto en función de objetivos más limitados. Hoy en día algunos de estos criterios están en revisión, poniéndose énfasis en el encuadre interno del analista, más que en sus características externas y en las cualidades del proceso terapéutico, existiendo distintas posiciones al respecto. Al mismo tiempo, existen técnicas de psicoterapia dinámica de tipo individual, de pareja, familiar, grupal, focal, para situaciones de crisis, etc., cada una de las cuales ha intentado establecer procedimientos de trabajo más o menos estandarizados y también con grados variables de consenso.

d. Indicaciones

Las psicoterapias dinámicas pueden aplicarse a muy variadas situaciones clínicas: no hay exclusión en principio por el tipo de patología, sino que la indicación depende de otro tipo de factores, ligados a la capacidad de la persona para beneficiarse de un proceso psicoanalítico. Estos factores dependen de la motivación, de la capacidad de insight, etcétera.

e. Instituciones relacionadas con el psicoanálisis

– La Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) fundada en 1955, fue reconocida oficialmente en 1961 por la Asociación Psicoanalítica Internacional (institución creada por S. Freud en 1910 y extendida a más de 50 países), de la cual los miembros de APU son socios directos. Mantiene actividad científica regular, forma psicoanalistas y edita una revista que se publica regularmente desde 1956. La formación psicoanalítica se realiza a través del análisis personal, la supervisión de casos clínicos y seminarios teóricos. La información sobre investigación en psicoanálisis puede encontrarse en la página Web de la International Psychoanalytical Association⁵¹.

– La Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), fundada en 1981, está orientada a la formación de psicoterapeutas, para lo que exige psicoterapia personal, participación en grupos de estudio y supervisiones por psicoterapeutas reconocidos. Organiza actividad científica periódica y edita una revista desde 1982.

– Existen dos asociaciones de orientación lacaniana (inspiradas en la obra de Jacques Lacan), relacionadas con grupos originarios franceses: la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y la Escuela Freudiana de Montevideo.

– Existen también institutos dirigidos exclusivamente a la formación de psicoterapeutas como el Centro Ágora, el Instituto de Psicoterapia (Clínica Prego), la Clínica “M. y H. Garbarino” y el Instituto “Uno” de Estudios de la Salud Mental (Clínica Uno).

– Durante la década de 1960 existió una Asociación Psicoanalítica de Psicoterapia de Grupo que luego dejó de existir.

– En 1994 se fundó la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (AUPCV) que forma y nuclea a terapeutas que trabajan en el campo de la familia, pareja, grupos e instituciones, formando parte de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo (FLAPAG)*.

Si bien los requisitos para acceder a la formación en psicoanálisis y en psicoterapia psicoanalítica y los planes de estudio son diferentes según las instituciones, la necesidad del tratamiento personal del futuro terapeuta es

un criterio generalizado en todas las instituciones de orientación psicoanalítica.

2. Terapia cognitivo conductual

En la década del cincuenta junto con otras orientaciones surgió el conductismo, fundándose dos asociaciones en la década de 1980: SUATEC y SUAMOC.

a. Fundamentos teóricos

Con antecedentes en el positivismo y el empirismo, se nutre de la teoría clásica del aprendizaje –Thorndike– y en las teorías del aprendizaje social. Se define como “la Ciencia de la Conducta”. La conducta es el objeto de estudio y para ello utiliza el método científico experimental. Denomina conducta a todo cambio que ocurre en un organismo. Desde esta perspectiva, todo lo que puede hacer un organismo es comportarse.

El ser humano, entonces, al momento de nacer tiene una determinada carga genética –que pauta el temperamento–; a partir de allí y como resultado de la interacción bidireccional, continua y constante con el medio en el que se desarrolla, aprende a ser como es: a comportarse, a pensar y a emocionarse. Este aprendizaje, entendido como experiencia, es un proceso que ocurre a lo largo de la vida del sujeto.

El modelo se desarrolla a partir de los trabajos de Watson, quien, a su vez, parte de las investigaciones de Pavlov y Betcherev sobre condicionamiento. Watson le legó a esta corriente la denominación de Conductismo, así como el método de estudio utilizado de condicionamiento clásico. Desarrolló la desensibilización sistemática, una técnica basada en el condicionamiento clásico, que es utilizada en situaciones clínicas.

Alrededor de la década del 50, B. Skinner, como resultado de sus investigaciones, desarrolla otro modelo de aprendizaje: el Condicionamiento Operante o Instrumental, con el que –poniendo énfasis en las consecuencias generadas por el ambiente– trabaja en modificación de la conducta. Hasta ese momento el conocimiento generado no hacía posible acceder al estudio de lo interno, del organismo,

* Agradecemos esta información al Lic. J. J. Gómez.

de lo que Skinner llamara “el mundo bajo la piel”: emociones, sentimientos, pensamientos e imágenes.

A partir de la década del 60 y al influjo de los profusos trabajos de investigación que siempre caracterizaron a este modelo, se desarrollan los llamados Modelos Mediacionales: el aprendizaje imitativo, observacional o vicario (cuyo principal exponente es Bandura) y el aprendizaje cognitivo, cuyos principales representantes son Ellis, Beck y Michenbaum. Estos modelos mediacionales explican la adquisición de las conductas internas y, por lo tanto, permiten el desarrollo de técnicas de modificación de las mismas. El modelo cognitivo es el actual desarrollo evolutivo del modelo y ha pasado a ocupar un lugar cada vez más importante en el tratamiento de los diversos problemas psicológicos y/o entidades clínicas.

Actualmente, estos cuatro modelos explicativos dan cuenta de todos los comportamientos abiertos o encubiertos, voluntarios o involuntarios, observables directa o indirectamente, e interactúan en una sinergia constante¹²⁷.

b. Técnicas

Los diferentes modelos de aprendizaje han dado lugar al desarrollo de una multiplicidad de técnicas basadas en ellos: técnicas conductuales y/o cognitivas.

Entre ellas, destacamos:

Técnicas de exposición. Desensibilización sistemática, exposición en vivo, prevención de la respuesta, detención del pensamiento, inmersión.

Procedimientos operantes. Reforzamiento, castigo, extinción, saciedad, discriminación.

Técnicas conductuales. Moldeamiento, asignación de tareas progresivas, planificación de actividades, resolución de problemas, toma de decisiones, técnicas de aprendizaje social, juego de roles, ensayo de conducta, modelado.

Técnicas cognitivas. Re-atribución, modificación cognitiva, debate cognitivo, cuestionamiento socrático, autoinstrucciones.

Biofeedback.

c. Indicaciones

Las psicoterapias cognitivo-conductuales buscan establecer estrategias diferenciadas

para los distintos trastornos psicológicos. Actualmente, es posible tratar con este modelo toda la patología mental, tanto en forma individual como grupal.

Según el marco institucional, se efectúan en nuestro país tanto dentro del ejercicio liberal como a nivel institucional en instituciones mutuales y hospitalarias.

d. Formación

Se realiza en sociedades científicas (SUAMOC y SUATEC, ambas fundadas en 1984), donde se dictan cursos para psiquiatras y psicólogos. El curso que dicta SUAMOC tiene cuatro años de duración, con distintos tipos de actividades y con evaluación.

3. Terapia familiar sistémica

Plantea una nueva forma de conceptualizar los problemas humanos y, a partir de esta, un método terapéutico.

Se origina al comienzo de los cincuenta en USA a partir de dos raíces: la práctica psiquiátrica infantil en medios marginales (Ackerman, Minuchin, Montalvo) y la investigación en el área de la esquizofrenia (investigación sobre comunicación humana, familias de psicóticos, etc.).

A fines de los cincuenta se inicia su enseñanza en los departamentos de psiquiatría, psicología y asistencia social de las diversas universidades.

Los pioneros fueron: N. Ackerman en Nueva York; Murray Bowen y Lyman Wyne en Washington; I. Borszormengy Nagy, Framo y G. Zuck en Filadelfia; S. Minuchin y Montalvo en Nueva York; Bateson y su grupo en California.

Por la forma multipolar en que se ha desarrollado, existe gran diversidad de abordajes metodológicos y técnicos. Sin embargo, convergen en un conjunto de premisas comunes sobre la naturaleza de los problemas humanos y la naturaleza del cambio.

En la década de los setenta se consolidan grupos de terapia familiar en todo el mundo. En Alemania: Sterlin; en Italia: Selvini y Andolfi; en Inglaterra: Bentowin; en Francia: Neuberger, Benoit; así como otros autores

en Bélgica, Portugal, Noruega y España. En América Latina a fines de los 60 ya existen trabajos clínicos, realizándose el primer congreso en junio de 1970 en Buenos Aires.

a. Fundamentos teóricos

Se apoya en la teoría de los sistemas abiertos, utilizada en física y en biología. Se describe al organismo como una organización estratificada, jerarquizada, la cual trata de mantener la homeostasis intercambiando en forma ininterrumpida materia, energía e información. Se diferencia del pensamiento analítico tomando en cuenta la totalidad de los sistemas y no el individuo aislado. Pone el énfasis en lo relacional. Toma de la teoría de los sistemas los conceptos de totalidad, interacción, organización, jerarquía, equifinalidad. De la cibernética, los conceptos de homeostasis y retroalimentación. A partir de la teoría de la comunicación el grupo de Palo Alto planteó la teoría del “doble vínculo”. Plantea el aspecto adaptativo de los síntomas en familias con vínculos perturbados¹²⁸.

b. Técnica

- Reestructuración: modificación de la estructura familiar, establecimiento de límites.
- Redefinición del síntoma: se pone el énfasis en la función homeostática del problema.
- Posición del terapeuta: coparticipación con la familia para construir el sistema terapéutico que guiará el proceso.

c. Indicaciones

- Dificultades de la familia por resolver demandas de crecimiento y diferenciación de los hijos; problemas planteados a partir del divorcio y o nuevas uniones.
- Abuso de sustancias.
- Trastornos mentales.

d. Formación

Imparten cursos y seminarios particulares, a nivel institucional y hospitalario.

La Asociación de Terapia Familiar Sistémica (de orientación psicodinámica) agrupa a los profesionales que desarrollan esta orientación

y auspicia seminarios particulares dados por sus socios.

4. Terapias experienciales y otros enfoques

- Gestalt.
- Psicodrama no analítico.
- Psicología analítica (de orientación jungiana).
- Fenomenología y análisis existencial.
- Musicoterapia.
- Hipnosis.

La mayoría de las corrientes trabajan predominantemente en forma individual, aunque muchas de ellas lo hacen también a nivel de pareja, familia, grupo o reuniones multifamiliares, y en algunas de ellas el enfoque familiar o grupal tiene especial importancia (sistémica, psicodramática, etc.).

B. Contexto laboral de la psicoterapia en Uruguay

Desde el punto de vista del contexto laboral, predomina el ejercicio liberal de la profesión. Desde hace unos años se han iniciado experiencias en el ámbito mutual donde se ofrece psicoterapias de corte analítico (individuales y grupales), las cuales requieren un pago complementario a la cuota mutual. Las empresas médicas privadas ofrecen también este servicio por medio del pago de un ticket o por reembolso parcial del pago efectuado. Algunas empresas y bancos públicos ofrecen cobertura de este tipo a sus funcionarios y familiares directos. El sistema de Asistencia Integral del MSP mantiene un convenio con la Facultad de Psicología para la provisión del servicio luego de un período en que reembolsaba el pago de honorarios a profesionales trabajando en sus consultorios particulares. En cuanto a la posibilidad de acceder a servicios bonificados de psicoterapia, la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay cuenta con un servicio con aranceles sociales diferenciales y estratificados, mientras que algunas orga-

nizaciones sociales y confesionales ofrecen también este servicio.

La posibilidad de obtener asistencia psicoterapéutica gratuita está parcialmente cubierta por el MSP, tanto en los hospitales como policlínicas, pero existen insuficiencias en la cobertura y una grave desproporción entre oferta y demanda de psicoterapia. Es muy escasa la oferta para los sectores más carenciados o para los que tienen dificultad en formular una demanda de psicoterapia.

La Clínica Psiquiátrica impulsó a partir de 1986 un Programa de Psicoterapia^{129, 130}, buscando ofrecer un servicio apropiado y accesible para la población de bajos recursos y, a la vez, promover la comunicación de las diversas líneas psicoterapéuticas entre sí y con los demás sectores de la Salud e incorporar metodología de investigación. Forman parte de este programa la orientación psicoanalítica, la cognitivo conductual, la psicodramática, la familiar sistémica, la vincular psicoanalítica y la psicosomática, trabajándose en forma individual, grupal y familiar. La orientación psicoanalítica ha sido la más desarrollada, teniendo un programa de investigación que es llevado adelante por un equipo incorporado a permanencia desde 1990, generando publicaciones y eventos nacionales y regionales donde se difunden los datos obtenidos.

Dentro del ámbito de la Intendencia de Montevideo se brindan psicoterapias en distintos servicios municipales en forma gratuita a través de convenios con instituciones privadas o realizadas por sus propios técnicos.

Ciertas formas de asistencia psicoterapéutica se brindan también en distintos centros asistenciales públicos o privados. También forma parte en algunos lugares de la rehabilitación de pacientes con patología física o con patología mental grave, como es el caso del Centro de Rehabilitación CIPRES, que incluye terapia multifamiliar para psicóticos.

El Área de Salud Mental de la Facultad de Medicina ofrece cobertura en varios de sus servicios. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell la Clínica de Psiquiatría Pediátrica ofrece psicoterapia, así como también lo hace en los diferentes hospitales el Departamento de Psicología Médica. El Programa de Salud Mental implementa psicoterapias en el ámbito

de las policlínicas barriales, además de las prestaciones a cargo de la Clínica Psiquiátrica, ya mencionadas.

La asistencia en policlínicas barriales también se ofrece por parte de los Servicios de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, la cual cuenta además con un local específico para la implementación de asistencia psicológica.

La Universidad Católica ofrece asistencia en algunas policlínicas barriales.

También hay organizaciones no gubernamentales que brindan psicoterapia gratuita en áreas específicas (abuso sexual, violencia doméstica, etc.).

C. Marco regulatorio de la psicoterapia

No existe regulación oficial de las psicoterapias en el Uruguay, como ocurre en otros países^{4, 131}. En 1995 surgió desde la Asociación Psicoanalítica del Uruguay y algunos otros sectores el intento de avanzar en un sistema de regulación de las psicoterapias que ofreciera garantías a la población sobre la atención que recibía¹³². El tema fue también discutido en distintas instancias¹³³. Estos problemas condujeron a que se realizaran distintas reuniones del Ministerio de Salud Pública con las sociedades científicas e instituciones de distinto tipo relacionadas con la psicoterapia, surgiendo diversos planteos que hacen necesarias nuevas instancias de discusión. Sin duda, la multiplicación de formas de psicoterapia sin que exista ninguna evidencia de sus efectos positivos o prevención al usuario respecto a potenciales efectos negativos, hacen necesaria dicha regulación.

D. Federación Uruguaya de Psicoterapia

En junio de 2004 se fundó la Federación Uruguaya de Psicoterapia. La psicoterapia es considerada como un trabajo profesional especializado que requiere de una formación específica de posgrado y que, en tanto servicio que se brinda a la población, tiene como imperativo técnico y ético el deber de estar basada en conocimientos científicos y una sólida formación personal y profesional complemen-

tada por instancias de educación continua y de supervisión, así como por el análisis de los aspectos personales, institucionales, etc., que atraviesan el proceso terapéutico.

Se procura el desarrollo de una visión integradora que jerarquice los aspectos comunes a las diferentes propuestas técnicas, a la vez que distinga los aportes diferenciados y complementarios de cada una de ellas.

Son objetivos explícitos de la Federación desarrollar un código de ética común y defender los derechos de los usuarios de psicoterapia. Para ello, se busca definir cuáles son los requisitos mínimos de formación necesarios para el ejercicio de la psicoterapia (independientemente de cuál sea la propuesta teórico-técnica).

Se procura crear un ámbito de discusión, concientización y acción con relación a las características laborales de la profesión de psicoterapeuta, definida en muchos países como insalubre y siendo, por lo tanto, merecedora de especiales condiciones de trabajo y jubilación.

La Federación es miembro de la Federación Latinoamericana de Psicoterapia y del Consejo Mundial de Psicoterapia (órgano consultivo de Naciones Unidas).

Miembros fundadores y titulares de la Federación:

Asociación Uruguaya de Logoterapia.

AUDEPP (Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica).

AUPCV (Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares).

AUPSICLI (Asociación Uruguaya de Psicología Clínica).

CASTALIA.

Centro ÁGORA.

FUCOT (Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas).

Instituto UNO de Estudios de la Salud Mental.

SUAMOC (Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación del Comportamiento).

SUPA (Sociedad Uruguaya de Psicología Analítica).

SUPIA (Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia).

SUPNIE (Sociedad Uruguaya de Psiconeuroinmunoendocrinología).

Miembros adherentes

APPIA (Asociación Uruguaya de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia).

CEMEPSI (Centro Médico Psicoanalítico).

Clínica "M. y H. Garbarino".

El panorama que ofrece el desarrollo de la psicoterapia en el Uruguay tiene aspectos contrastantes. Por un lado, se ha diversificado y algunas corrientes tienen ya un desarrollo continuo de más de medio siglo expresado en actividades científicas sistemáticas, formación acreditada y publicaciones periódicas, existiendo un lento pero continuo desarrollo de la investigación sistemática. Existe también un fortalecimiento de la participación de las universidades e institutos universitarios, así como la formación de una Federación entre varias de las sociedades científicas y organismos relacionados con la psicoterapia. Sin embargo, visto desde la perspectiva del usuario, el sistema resulta aún desorganizado, confusional, de acceso restringido y brinda insuficientes garantías en cuanto a la calidad de la atención brindada tanto a nivel público y privado, al no estar generalizados los sistemas adecuados de certificación, educación continua y auditoría.

11. AUDITORÍA

El documento del Departamento de Salud de Gran Bretaña sobre organización y prestación de psicoterapias³⁷ aconseja que las guías clínicas incluyan la implementación de servicios de auditoría, encargados de monitorear si las recomendaciones de las guías se realizan adecuadamente. Esto se hace como parte de un sistema de mejora de calidad que busca asegurar accesibilidad, equidad, diversidad y eficiencia. El documento insiste en la necesidad de formación de los psicoterapeutas en

instituciones acreditadas y con estándares de formación adecuados. La recomendación final es incorporar la investigación de resultados de los tratamientos en los servicios de psicoterapia como una medida de rutina³⁷ (pp. 30 y 31).

Este tipo de auditoría es aplicable cuando la psicoterapia está incluida en un sistema nacional de salud o en la práctica institucional. En nuestro país la situación actual de la psicoterapia exige comenzar por medidas más básicas que tiendan a dar una mayor organización a este campo:

1. Sería conveniente que se estableciera normas que regularan la práctica de las psicoterapias, en cuya elaboración participaran las sociedades científicas, las instituciones formadoras y las autoridades oficiales.

2. Esta regulación debería establecer los requisitos que habilitan para la práctica profesional y cuáles son las instituciones acreditadas para certificarla.

3. Las instituciones que aspiran a formar en determinada técnica deberían poder poner de manifiesto: a) que existen estudios que demuestran la efectividad de dicha técnica, b) que la formación que se brinda es acorde a la necesaria para practicar dicha técnica y c) que la institución formadora mantiene un nivel de actividad científica que garantiza que el nivel de desarrollo y actualización de la técnica en nuestro medio es el adecuado.

12. ASPECTOS ÉTICOS

Los principios de la bioética rigen en el campo de la psicoterapia. Sin embargo, ciertos problemas se presentan en forma particular en la psicoterapia y son destacados por algunas de las guías consultadas¹³⁴ (pp. 18-26, 444-460).

En Uruguay, la Asociación Psicoanalítica del Uruguay tiene desde 1994 un Código de Ética y un Código Ético Procesal¹³⁵. El Código de Ética contiene los siguientes capítulos:

1. Responsabilidad con respecto a las normas profesionales.

2. Responsabilidad con respecto a los pacientes en cuanto a la elección de los mismos, la recomendación del tratamiento, el acuerdo contractual mutuo, la atención de emergencia, la asistencia a pacientes que han sido víctimas de mala conducta profesional, la continuidad de la atención, el abuso de la transferencia, la preservación del encuadre, el conflicto de intereses, la prohibición de relaciones íntimas con los pacientes, la superposición de roles (incluyendo el de psiquiatra tratante) y la interconsulta con colegas.

3. Normas en relación con niños y adolescentes.

4. Relaciones con colegas: libertad de discurso, imputaciones a otros colegas, obligaciones ante el conocimiento de conculcaciones a normas del Código de Ética Profesional por otros colegas, relación con los pacientes de otros colegas, intervenciones necesarias en el caso de colegas disminuidos en sus capacidades.

5. Protección de la identidad de los pacientes, de la confidencialidad de los archivos, previsiones sobre los archivos para el caso de fallecimiento, confidencialidad en el interior del Instituto de Psicoanálisis.

6. Responsabilidad con respecto a las publicaciones clínicas y de investigación.

7. Pautas para el personal administrativo.

Por último, existe un Código Ético Procesal que regula los procesos que se deben seguir con los socios cuando existen presuntas violaciones a las normas deontológicas o a la ética profesional.

Consideramos que este código constituye un trabajo pionero en nuestro medio y que marca un camino necesario para el conjunto de la psicoterapia.

Conviene destacar ciertos aspectos que presentan especiales características en el caso de la psicoterapia en nuestro país:

– *Consentimiento informado.* No conviene dar por supuesto que por el hecho de pedir asistencia psicoterapéutica el paciente está debidamente informado. El paciente tiene derecho a saber en lenguaje llano qué caracte-

rísticas tiene el tratamiento que se le ofrece, por qué razones está indicado en su caso (incluyendo el diagnóstico, si lo solicita), qué puede esperar del tratamiento (en la medida en que le es posible saberlo al terapeuta), cuáles son las alternativas posibles y las consecuencias previsibles de no tratarse. Tiene también derecho a información sobre la capacitación profesional de su terapeuta y el tipo de certificación y acreditación que posee para realizar el tratamiento que va a iniciar, pues los aspectos ligados a la competencia profesional son algo que el paciente tiene derecho a saber, de igual modo que el terapeuta tiene el deber de ser competente en el tratamiento que realiza.

El paciente puede también solicitar una segunda opinión cuando lo crea necesario. Cuando la marcha del tratamiento sugiere que la prolongación del mismo no traerá beneficios apreciables para el paciente, terapeuta y paciente deben discutir la situación a iniciativa de cualquiera de ambos y, eventualmente, el tratamiento debe ser interrumpido y, si es necesario, el paciente debe ser referido a otros colegas o a otras formas de tratamiento.

– *Confidencialidad.* La psicoterapia se basa en el respeto a la confidencialidad de las comunicaciones del paciente, incluso al hecho de que esté en tratamiento. Este secreto se relativiza cuando un bien mayor está en juego (por ejemplo, riesgo de la vida del paciente o de terceros). En esos casos el paciente debe ser informado de las medidas que tomará el terapeuta, y, de ser posible, alentado a que él mismo tome parte en las medidas preventivas. Pueden darse situaciones complejas, frente a las cuales es de utilidad la existencia de Comités de Ética con los que el terapeuta pueda consultar el caso.

– *Transgresiones del terapeuta.* La especial relación profesional y humana que se crea entre terapeuta y paciente hace que las transgresiones del terapeuta constituyan abusos especialmente graves. Las transgresiones más frecuentes son de tipo sexual o económico. Existe consenso en que el establecimiento de una relación amorosa durante el tratamiento constituye una falta ética y obliga

a la suspensión del tratamiento. Se tiende a considerar que las relaciones sexuales o amorosas con ex-pacientes tienen también un carácter no ético. Los factores personales y situacionales que favorecen estas situaciones han sido estudiados, entre otros, por Gabbard¹³⁶.

– Ciertas situaciones son especialmente complejas: la confidencialidad en tratamientos familiares, grupales o de pareja, el consentimiento informado en situaciones de intensa dependencia afectiva o en situaciones de crisis, etcétera.

– El peso de la relación personal entre terapeuta y paciente hace que siempre exista el riesgo de un exceso de intrusividad y de excesiva influencia en la vida del paciente o, a la inversa, de omisión de la ayuda necesaria. Este es un problema esencialmente técnico, pero se convierte en un problema también ético en la medida en que el terapeuta puede utilizar al paciente en función de sus propias necesidades de afirmación personal o de gratificación de necesidades personales o en momentos de la vida personal en los que no está en condiciones de mantener la distancia profesional adecuada con el paciente. Estas cuestiones a su vez revierten sobre el problema de la formación psicoterapéutica: a) en qué medida el terapeuta tiene que ser capaz de comprender y manejar su propio funcionamiento psíquico durante la sesión y b) hasta dónde son necesarios mecanismos de educación continua (discusiones con colegas, discusión o supervisión de casos clínicos propios) que ayuden al terapeuta a tomar conciencia de posibles dificultades con su rol profesional.

– ***El tema de la Ética debe formar parte de los programas de Educación Continua en Psicoterapia y estar incluido en las discusiones de casos clínicos cuando estos aspectos fueran relevantes.***

– ***Sería importante contar con un Código de Ética y Ético Procesal común a todas las psicoterapias y que se complemente con los códigos específicos que pueden existir para distintas formas de psicoterapia.***

– *Este Código debe ser público y estar en conocimiento de los profesionales y también de los usuarios.*

13. LA FORMACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS EN URUGUAY

Es muy difícil decir cuántas personas entre las que ejercen la psicoterapia en nuestro país tienen formación en las técnicas que practican. Es posible que el porcentaje de quienes no tienen formación adecuada sea alto, pese a haberse multiplicado y diversificado los lugares de formación.

Hemos elaborado, sobre la base de información recogida por uno de nosotros*, una lista de dichos lugares, que, aun a costa de caer en errores y omisiones, consideramos útil incluir.

A. Formación a cargo de sociedades científicas

Si bien en el momento actual se están gestando y poniendo en marcha varios proyectos de formación a nivel de posgrado en las distintas universidades nacionales, la formación ha estado durante décadas casi exclusivamente a cargo de asociaciones científicas e instituciones privadas.

La concepción predominante sobre la formación necesaria ha sido que, a partir del título de grado (médico, psicólogo, psiquiatra, asistente social, según las líneas y épocas), se ha entendido que la capacitación se apoya sobre los pilares de la supervisión clínica y los cursos o seminarios teóricos, siendo estos en algunas instituciones actividades de educación continua no organizadas formalmente y en otras un posgrado formal, con asignaturas, evaluaciones, etc. La práctica clínica como requisito previo al reconocimiento como terapeuta también sigue pautas distintas según las instituciones, pero la tendencia dominante es a que sea incluido.

La experiencia de un tratamiento personal ha sido planteada como imprescindible en algunos casos (por ejemplo, el psicoanálisis), como recomendable para otros, o como no necesario si no está indicado, para otros,

dependiendo fundamentalmente del abordaje teórico-técnico. Existen también discrepancias dentro de los distintos enfoques. El punto de acuerdo es que el terapeuta no puede transmitir al paciente sus propios problemas ni soluciones. Pero mientras algunos insisten en la necesidad del tratamiento personal prolongado, otros defienden que para fines de formación alcanza una experiencia que le permita conocer los efectos de la técnica en la propia persona, mientras por otro lado se pone el énfasis en la adherencia a manuales o en la supervisión. Un aspecto central de la cuestión radica en la necesidad de que el terapeuta tome conciencia de sus propias actitudes y reacciones emocionales hacia el paciente, y que sea capaz de darse cuenta cuando sus problemas o conflictos personales están afectando el proceso terapéutico. Para lograr esta actitud de mayor autorreflexión pueden ser también de utilidad actividades de formación y de educación continua (como ser discusiones clínicas, talleres, etc.) en las que se preste atención a estos problemas.

Tampoco existe un consenso en cuanto a horas mínimas necesarias de formación o supervisión, siendo esta discusión una de las tareas prioritarias de la novel Federación Uruguaya de Psicoterapia. También durante el Congreso Internacional de la Society for Psychotherapy Research, realizado en Montevideo en el año 2001, se realizó entre representantes de distintas corrientes y países un panel sobre los criterios de formación en psicoterapia. El punto de consenso es la necesidad de formación específica, la necesidad de que ésta esté acorde con las exigencias de la técnica, y el hecho de que la población pueda estar informada al respecto.

Una revisión pormenorizada de los números de los dos últimos años de las revistas especializadas nacionales y boletines informativos de las instituciones, ofrece el siguiente panorama sobre la oferta de formación que se brinda en la actualidad a nivel no universitario, presentada según la línea teórico-clínica. (Algunas instituciones no han permanecido en el tiempo como tales pero sus egresados continúan aplicando los conocimientos adquiridos en ellas, tal como sucede con TAIGO o la Asociación de Psicodrama Psicoanalítico que continúa la línea del grupo de La Plata, Argentina.)

* Ps. Denise Defey.

Psicoanálisis

La Asociación Psicoanalítica del Uruguay hasta el 2003 ofrecía formación en Psicoanálisis. A partir de esa fecha su formación pasó a ser reconocida como Maestría en Psicoanálisis de nivel universitario y el instituto de formación pasó a ser reconocido por el MEC como Instituto Universitario.

Psicoterapia psicoanalítica

La Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), IPSI (Clínica Prego), Clínica “M. y H. Garbarino” y el Instituto “UNO” de Estudios de la Salud Mental (Clínica Uno) ofrecen una formación curricular. El Centro de Investigación y Estudios Psicoanalíticos de Montevideo (CEIPDEM) y el Centro Médico Psicoanalítico (CEMEPSI) ofrecen seminarios y actividades de formación continua.

En el área de las terapias de pareja y familia, la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (AUPCV) realiza actividades científicas y de formación.

El Centro Ágora ofrece formación curricular en Psicoterapia Psicoanalítica, tanto focalizada como abierta y en Intervención en Crisis.

Terapia cognitivo conductual

La Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC) dicta cursos de formación de:

- Técnico en Análisis y Modificación de la Conducta, de dos años de duración.

- Psicoterapeuta Cognitivo Conductual, exclusivamente para psicólogos y psiquiatras, de cuatro años de duración.

Organiza actividades científicas periódicas y tiene acuerdos con la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

La Sociedad Uruguaya de Terapia del Comportamiento también da cursos de especialización y mantiene actividades científicas.

Terapia familiar sistémica

La Asociación de Terapia Familiar Sistémica (ATEFAS) realiza actividades científicas.

El Centro de Terapia Breve Estratégica ofrece formación en diferentes niveles.

Comunidades terapéuticas

La Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (FUCOT), que reúne a una decena de instituciones, realiza formación curricular, incluyendo pasantías para personas provenientes de otros centros y países.

Gestalt

El Centro Gestáltico y Espacio Gestalt ofrecen formación.

Socioanálisis

El Centro Félix Guattari realiza actividades científicas.

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Coordinadora de Psicólogos realizan diversas actividades científicas, pero no ofrecen una formación curricular en psicoterapia.

La Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia (APPIA) ofrece cursos en temáticas afines.

B. Formación universitaria en psicoterapia

B1. Durante la década de 1980 existió una experiencia de Posgrado en Psicoterapia Psicoanalítica desarrollada por el Instituto de Filosofía Ciencias y Letras (predecesor de la actual Universidad Católica). Luego se abre una latencia de varios años de ausencia de formación universitaria en el tema. En la década de los 90 la Universidad Católica abre diversos posgrados (Masters y Especializaciones) en diversos temas: Psicología Analítica (de orientación jungiana), Psicología y Psicoterapia de la Infancia y Adolescencia, Familiar Sistémica y Drogodependencia.

B2. En la misma época se modifica el plan de estudios de la carrera de Psicología, ahora denominada Facultad de Psicología, y se incorpora la asignatura de 5º ciclo “Introducción a las Técnicas Psicoterapéuticas” (a cargo del Lic. Joaquín Rodríguez Nebot), la cual prioriza los siguientes objetivos:

“Introducir al estudiante a la complejidad y problematicidad teórico-técnica de las psicoterapias, haciendo hincapié en las distintas concepciones técnicas.

Promover una actitud reflexiva, crítica y de discernimiento frente a los modelos psicoterapéuticos propuestos.

Promover una actitud ética frente a lo múltiple, lo diferente y lo distinto. Desarrollar una actitud de diálogo y de profundización.”

Antes de egresar, los futuros psicólogos tienen oportunidad de conocer diferentes propuestas teórico-técnicas, lo cual se hace en un clima de mutuo respeto por parte de los docentes de las distintas líneas, buscando que esta sea una instancia fundamental para una modificación profunda y permanente en el campo de las psicoterapias en el Uruguay. Las líneas teórico-técnicas expuestas son: Psicodrama, Psicoanálisis, Terapia Cognitivo-conductual, Psicoterapia Focal, Gestalt, Bioenergética, Social-analítica, Vincular, Sistémica, Socioanálisis. Se incluye también un seminario sobre Investigación en Psicoterapia.

La Facultad tiene una red de servicios que ofrecen a sus estudiantes avanzados y pasantes ya egresados instancias de supervisión, ateneos clínicos, etc. La instrumentación formal de posgrados en Psicoterapia se halla en trámite, habiéndose presentado múltiples proyectos que esperan ser aprobados.

B3. La Facultad de Medicina, por su parte, a través del Área de Salud Mental (que intentó integrar a todos los departamentos, cátedras, programas y servicios vinculados con la misma) realizó intentos en la década de los 80 por llevar adelante una Maestría en Salud Mental. Esta no fructificó tal como se planteaba en el proyecto inicial interservicios. Posteriormente, en 1998, el Instituto de Enfermería (hoy Facultad) implementó una Maestría en Salud Mental, poniendo énfasis en los aspectos interdisciplinarios. Ha sido cursada por dos generaciones pero aún no existen egresados.

B4. El proyecto interservicios que ha logrado concretarse en la Facultad de Medicina (aunque aún en forma preliminar) está dirigido a una Diplomatura en Psicoterapia

en los Servicios de Salud, coordinada desde la Escuela de Graduados e incorporando a su Dirección General y a su cuerpo docente integrantes de las Clínicas Psiquiátricas (niños y adultos), del Departamento de Psicología Médica y del Programa de Salud Mental en la Comunidad. En la medida en que la Facultad de Psicología ha entendido que debería ser un proyecto conjunto, se ha procurado instrumentarlo. Mientras tanto, la Diplomatura se ha organizado como Programa de Formación en Psicoterapia en los Servicios de Salud dependiendo de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

Destacamos algunas de sus características:

- La formación se brinda en forma conjunta a psicólogos, posgrados en Psiquiatría y docentes de Psicología Médica, consolidando de esta forma el concepto de que es un área que corresponde a psiquiatras y psicólogos.

- Se introduce en forma curricular una formación básica en psicoterapia de dos años para todos los posgrados en psiquiatría (de niños y adultos), lo cual asegura que conozcan sus alcances, limitaciones, principios de acción y principales indicaciones. (La continuación de la formación a fin de convertirse en psicoterapeutas es opcional).

- Se brinda una formación básica en las líneas de mayor desarrollo en el medio (y que tengan a la vez relevancia en el mundo), pudiendo cada persona optar después por una o más de ellas para su profundización.

- Se da gran énfasis a la práctica clínica, que comprende en todos los casos una carga horaria semanal de 15 a 24 horas durante cuatro años.

- Se jerarquiza la capacitación para ofrecer psicoterapia a la población (mayoritaria) que se atiende en los servicios de salud, brindando instancias de reflexión y revisión sobre los sesgos culturales y de clase social en los conceptos de salud mental, cura, relación terapeuta-paciente, etcétera.

B5. Como se dijo, a partir de 2003 el MEC reconoció como Instituto Universitario al instituto de formación de la Asociación

Psicoanalítica del Uruguay habilitándolo para otorgar título de Maestría.

C. Educación continua

Aún no se han desarrollado en el país sistemas de educación continua acreditada en psicoterapia.

D. Prioridades

Existe en Uruguay una creciente multiplicación y diferenciación de los ámbitos de formación en psicoterapia, tanto a nivel privado como universitario. Pese a ello es probable que el principal problema siga siendo el creciente número de personas que ejercen psicoterapia sin capacitación adecuada y sin una reglamentación que regule su práctica. Es también necesaria una mayor discusión entre los distintos enfoques acerca de los componentes esenciales de dicha formación, a saber:

– Naturaleza del título de grado necesario para iniciar la formación.

– Experiencia clínica general previa o simultánea.

– Conocimiento de los diferentes recursos psicoterapéuticos y farmacológicos para poder formular una estrategia psicoterapéutica y recurrir a otros especialistas si es necesario.

– Nivel de la formación teórica-técnica específica.

– Características de la práctica supervisada.

– Grado de manejo de los propios problemas, de modo de controlar su influencia en el tratamiento.

– Necesidad de mantener actividades de educación continua y formas de detección del burnout profesional.

14. GUÍAS PARA EL PACIENTE

Las guías clínicas tienen tres destinatarios principales: a) los técnicos que prestan

la asistencia, b) los administradores de salud y c) los usuarios y los medios de difusión. La actual guía se dirige fundamentalmente a técnicos, si bien puede resultar de utilidad para administradores y para usuarios.

Una guía para los usuarios en nuestro país debería destacar:

- Que la psicoterapia es un recurso terapéutico importante y que los usuarios tienen derecho a que sea incluida en las prestaciones de salud que reciben.

- Que en algunos casos puede ser una alternativa a la farmacoterapia o combinarse con ella.

- Que existen diferentes formas de psicoterapia y que el paciente debe ser informado respecto a estas distintas alternativas y a las razones que llevan al terapeuta a indicar una determinada forma de tratamiento. Esta indicación debe estar guiada exclusivamente por las necesidades del paciente y no por otras razones.

- Que el terapeuta debe tener una formación profesional adecuada en la técnica que practica y que es un derecho del paciente pedir a su terapeuta información tanto respecto a la efectividad de la técnica como respecto a la formación del terapeuta en dicha técnica.

- Que la relación terapéutica debe servir para que el paciente pueda encontrar sus propias soluciones a los problemas de su vida sin ser influido por las opiniones o preferencias personales no técnicas del terapeuta.

- Que la relación terapéutica implica restricciones en la relación personal entre terapeuta y paciente de naturaleza ética y que el paciente puede recurrir a comités profesionales o instancias judiciales si estas normas no se respetan.

Existen guías especialmente diseñadas para pacientes, tales como las “Guías para elegir a un terapeuta” (“Guidelines for Choosing a Therapist”) elaboradas en Milwaukee por la Asociación de Salud Mental local, coincidente en algunos puntos con lo señalado más arriba¹³⁷. Los grupos más carenciados o marginados, así como las minorías de distinto tipo pueden encontrar dificultades para formular una demanda de psicoterapia, por lo que pueden requerir medidas especiales que faciliten su acceso a la misma.

15. RECOMENDACIONES

En resumen, es posible formular las siguientes recomendaciones:

1) *La psicoterapia es efectiva y debe ser considerada como parte de los cuidados esenciales en salud.*

2) *En diversos trastornos, incluyendo los de ansiedad y depresión, no debe iniciarse el tratamiento farmacológico sin antes haber evaluado la conveniencia del uso en forma alternativa o combinada de la psicoterapia.*

3) *Frente a un caso determinado deben plantearse en primer lugar aquellas terapias que tienen estudios que muestran su efectividad en ese tipo de problemas. En situaciones complejas, o cuando no hay suficiente evidencia comparativa disponible, debe darse prioridad a la motivación o preferencia del paciente.*

4) *El paciente tiene derecho a estar informado de las razones por las que se le propone determinada forma de terapia, de las alternativas posibles y de la capacitación del terapeuta en dicha técnica.*

5) *El importante desarrollo alcanzado por distintas corrientes psicoterapéuticas en nuestro medio, hace que sea oportuno y necesario dar al campo en su conjunto una mayor organización a través de un diálogo entre las instituciones psicoterapéuticas entre sí y con los demás organismos relacionados con la salud.*

6) *Esta mayor organización debería comenzar por el desarrollo de ámbitos comunes, como la Federación Uruguaya de Psicoterapia, y por acuerdos básicos en materia ética, de formación, de evaluación de proceso y resultados, y de información al usuario.*

7) *Sería deseable la elaboración de un Código de Ética común y complementario del que pueda tener cada orientación psicoterapéutica.*

8) *Es necesario establecer criterios de certificación en psicoterapia, estableciendo el nivel de la formación básica del psicoterapeuta como respecto a la formación específica propia de cada orientación. Las instituciones acreditadas para otorgar la certificación deben mostrar que mantienen un grado de actividad científica acorde con el nivel de la formación que ofrecen.*

9) *Es necesario tender a formas de auditoría de calidad de la asistencia psicoterapéutica, en especial a nivel de la asistencia en instituciones, y a desarrollar la investigación de proceso y resultados como procedimientos de rutina.*

10) *El usuario debe tener el más amplio acceso a la información sobre el campo de la psicoterapia y sería deseable que participara en el desarrollo de las guías clínicas.*

16. PASOS FUTUROS

La presente guía constituye, como se dijo, una primera aproximación al tema que aspira, ante todo, a servir como base para futuros desarrollos. Por esa razón, nos hemos limitado a las recomendaciones para las que existe mayor evidencia y dejado preguntas planteadas para etapas futuras.

Ciertos pasos ayudarían a progresar en este camino. Convendría desarrollar guías clínicas para distintos aspectos de la psicoterapia siguiendo metodologías apropiadas para este fin. En primer lugar, convendría constituir un grupo de trabajo más amplio y representativo. Si bien los autores del presente texto intentaron mantener la mayor imparcialidad y transparencia posible en cuanto a las fuentes y los juicios emitidos, todos ellos practican la psicoterapia y en ellos predomina la formación dinámica. Es conocido que las preferencias teóricas son un factor que puede introducir sesgos, aun involuntariamente.

Parece razonable que para una próxima etapa el grupo de trabajo tenga en cuenta los tres sectores que se considera conveniente que participen en la elaboración de las guías clínicas: profesionales, usuarios y expertos técnicos en el tema⁹.

Es importante que este tipo de grupo no responda a intereses corporativos de ninguna clase sino que refleje del modo más transparente posible lo que se desprende de la evidencia disponible.

Los profesionales deberían pertenecer a las distintas orientaciones psicoterapéuticas (en especial aquellas que cuentan con estudios de resultados realizados en nuestro medio o en el exterior), pero también incluir especialistas en otras áreas, según el tema tratado (por ejemplo, psicofarmacólogos).

Conviene que los usuarios sean pacientes o familiares de pacientes que tengan conocimientos sobre el tema y deben participar en todas las instancias de desarrollo de las guías. El equipo técnico debería incluir especialistas en información médica y en revisiones sistemáticas, así como expertos en administración y economía de la salud⁹.

En segundo lugar, es de esperar que la investigación de proceso y resultados en psicoterapia continúe desarrollándose en nuestro medio, acompañando el desarrollo de este tipo de investigación a nivel mundial, y que priorice aquellos problemas claves para la práctica de la psicoterapia en nuestro medio, sirviendo de este modo de sostén a las recomendaciones de las guías.

Por último, es también de esperar que continúe el movimiento interno de diálogo entre las distintas corrientes psicoterapéuticas, buscando formas de organización de la psicoterapia que faciliten que ellas puedan insertarse en el sistema de salud y acompañar los cambios que éste deberá procesar.

Agradecimientos

A la Dra. Gianella Peroni y a la Lic. Laura Romero por brindarnos material y revisar lo escrito sobre la orientación familiar sistémica.

A la Lic. María Esther Lagos por facilitarnos el material y revisar lo escrito sobre el enfoque cognitivo conductual.

A los Licenciados Joaquín Rodríguez Nebot y Alicia Kachinovsky por facilitarnos la información referente a la Facultad de Psicología.

Al Lic. J. J. Gómez por el aporte de información acerca de la AUPCV.

Agradecemos, asimismo, a la Dra. Yubarandt Bepali de Consens por facilitarnos el material sobre la guía clínica de Ontario ("Standards and Guidelines for the Psychotherapies"), que además de aportarnos información nos permitió tomar contacto directo con el Dr. Cameron.

Referencias bibliográficas

1. **Laplanche J, Pontalis JB.** Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1967.
2. **Wolberg LR.** The Technique of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1977.
3. **Lambert MJ.** ed. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. 5th ed. New York: John Wiley, 2004.
4. **Poch J, Ávila Espada A.** Investigación en Psicoterapia: La contribución psicoanalítica. Barcelona: Paidós, 1997.
5. **Wallerstein RS.** The Talking Cures: the psychoanalysis and the psychotherapies. New Haven: Yale University Press, 1995.
6. **Jones EE.** Therapeutic Action: a guide to psychoanalytic therapy. London: Jason Aronson, 2000.
7. Information for National Collaborating Centres and Guideline Development Groups. National Institute for Clinical Excellence. 2001. www.nice.org.uk
Ref Type: Electronic Citation
8. **Sackett DL, Scott Richardson W, Rosenberg W, Haynes RB.** Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM. 1st ed. New York: Churchill Livingstone, 1997.
9. Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers. National Institute for Clinical Excellence. 1st, 1-65. 2004. London. www.nice.org.uk
Ref Type: Electronic Citation
10. **Roth A, Fonagy P, Parry G, Target M, Woods R.** What works for whom? A critical review of Psychotherapy research. 2nd ed. 2004.
11. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline. Department of Health, United Kingdom. 2001. London Department of Health. 4-10-0004.
Ref Type: Electronic Citation
12. **Kordy H, Kächele H.** Outcome research -A never ending story. In: Adler RH, Herrman JM, Köhle K, Schonecke OW, Uexküll Tv, Wesiack W, editors. Psychosomatic Medicine. 1997: 290-301.

13. **Forrest Talley P, Strupp HH, Butler SF** eds. *Psychotherapy Research and Practice: bridging the gap*. 1st ed. New York: Basic Books, 1994.
14. **Edelson M**. Can psychotherapy research answer this psychotherapist's questions? In: Forrest Talley P, Strupp.Hans H, Butler SF, editors. *Psychotherapy Research and Practice: bridging the gap*. New York: Basic Books, 1994: 60-87.
15. **Elliott R, Morrow-Bradley C**. Developing a working marriage between psychotherapists and psychotherapy researchers: identifying shared purposes. In: Forrest Talley P, Strupp HH, Butler SF, editors. *Psychotherapy Research and Practice: bridging the gap*. New York: Basic Books, 1994: 124-142.
16. **Ginés A**. Hacia la calidad de atención en psiquiatría y salud mental con metodología científica apropiada. In: *Clínica Psiquiátrica*, editor. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina 1943-2003*. 2004.
17. **Bernardi R**. Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1997; (84/85):56-68.
18. **Díaz-Rossello JL**. Evidence based and value based Pediatrics. *The Lancet Millennium Supplement*, 1999; Nov 18.
19. **Schwartzmann L**. Calidad de vida Relacionada con la Salud; Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería Revista Iberoamericana de Investigación* 2003; IX(2):9-21.
20. **Bohleber W**. Between hermeneutics and natural science: some focal points in the development of psychoanalytic clinical theory in Germany after 1945. In: Leuzinger-Bohleber M, Dreher UA, Canestri J, editors. *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association, 2003: 45-62.
21. **Gracia D**. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(18):23.
22. **Bernardi R**. The need for true controversies in psychoanalysis: the debates on Melanie Klein and Jacques Lacan in the Rio de la Plata. *Int J Psychoanal* 2002; 83(Pt 4): 851-873.
23. **Bernardi R**. ¿Qué tipo de argumentación utilizamos en psicoanálisis? *Psicoanálisis Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires* 2003; XXV(2/3).
24. **Bernardi R**. The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. *The International Journal of Psychoanalysis* 1989; 70:341-347.
25. **Bernardi R**. What kind of evidence makes the analyst change his or her theoretical and technical ideas? In: Leuzinger-Bohleber M, Dreher AU, Canestri J, editors. *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association, 2003: 125-136.
26. **Gaspar Schlesinger E**. Tratamiento de los psicóticos crónicos mediante la psicoterapia familiar de orientación analítica. *Rev Psiquiatr Urug* 1989; 54(315):5-11.
27. **Orrego Bonavita M**. El impacto de la percepción propiamente dicha. *Rev Psiquiatr Urug* 1989; 54(316):93-105.
28. **Sánchez Tomatis NV**. Acerca del decir del paciente psicótico y la escucha psicoterapéutica. *Rev Psiquiatr Urug* 1997; 61: 25-30.
29. **Rolando Cantou DR**. Psiquiatría y psicoterapias. *Rev Psiquiatr Urug* 1997; 61(31):34.
30. **Palleiro Migués EG**. Alternativas técnicas y observaciones psicopatológicas en la psicosis. *Rev Psiquiatr Urug* 1996; 60(332): 7-32.
31. **Ferrali JC**. Integración psicoterapia/farmacoterapia. *Rev Psiquiatr Urug* 1995; 59:43-48.
32. **Puerto Márquez LA, Ginés Álvarez AM, Perelman Israel JR, Ceroni Martínez CL, Palermo A, Montado G et al**. Investigación en un programa de psicoterapia psicoanalítica a nivel institucional. *Rev Psiquiatr Urug* 1994; 58:59-63.
33. **Casarotti Berruti H, Pardo Martínez V, Labarthe Almeida A, Labraga Sbarbaro P, Valiño López G, Fernández Poncet LM et al**. Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Rev Psiquiatr Urug* 2003; 67(1):76-110.
34. American Psychiatric Association. Work Group on Major Depressive Disorder. Steering Committee on Practice Guideli-

nes. Practice guideline for the treatment of patients with major depression. American Psychiatric Association 103. 2000. 3-3-2003.

Ref Type: Electronic Citation

35. **Cameron P, Ennis J**, eds. Standards and Guidelines for the Psychoterapies. 1st ed. Toronto: University of Toronto Press, 1998.
36. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline. Brief version. Department of Health, United Kingdom, 1-6. 2001. London, Department of Health. 4-10-0004.
Ref Type: Electronic Citation
37. Organising and delivering psychological therapies. Department of Health, National Institute of Mental Health, United Kingdom, -62. 2004. London. 8-8-0004.
Ref Type: Electronic Citation
38. Counselling and Psychological Therapies: guideline and directory. London: Camden & Islington Medical Audit Advisory Group, 1996.
39. **Roth A, Fonagy P**. What Works for Whom. A critical review of Psychotherapy Research. New York: The Guilford Press, 1996.
40. **Sperry I, Brill PL, Howard KI, Grissom GR**. Treatment Outcomes in Psychotherapy and Psichiatic Interventions. New York: Brunner/Mazel, 1996.
41. **Lambert MJ, Ogles BM**. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 2004: 139-193.
42. **Gabbard GO, Spiegel D**. The economic impact of psychotherapy. Am J Psychiatry 1997; 154:147-155.
43. **Etchegoyen RH**. Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. 2a. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.
44. **Paul G.L**. Strategy of outcome research in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology 1976; 31(119):118.
45. **Hollon SD, Beck AT**. Cognitive and cognitive behavioral therapies. In: Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change. 2004: 447-492.
46. **Clarkin JF, Levy KN**. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 2004: 194-226.
47. **Beutler LE, Clarkin JF**. Systematic Treatment Selection: toward targeted therapeutic interventions. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1990.
48. **Jacobson W, Cooper AM**. Psychodynamic diagnosis in the era of the current DSMs. In: Miller Ne, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP, editors. Psychodynamic Treatment Research: a handbook for clinical practice. New York: Basic Books, 1993: 109-126.
49. **Bedo T**. Insight, perlaboración e interpretación. R U P 1988;(68).
50. **Strauss BM, Kaechele H**. The writing on the wall: comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. Psychotherapy Research 1998; 8(2):158-170.
51. **Fonagy P et al.**, eds. An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. <http://eseries.ipa.org.uk/prev/research/R-outcome.htm> [Second Edition]. 2002. The International Psychoanalytic Association.
Ref Type: Electronic Citation
52. **Lancelle G, Bernardi R, Epstein R**. The Latin American Effectiveness Study: Effectivity and efficiency of psychoanalytic treatments of long duration and high frequency as compared with long duration and low frequency. www.ipa.org.uk. Fonagy P, editor. An Open Door Review to Outcome Studies in Psychoanalysis. Asociación Psicoanalítica Internacional. The International Psychoanalytical Association. 1999.
Ref Type: Electronic Citation
53. **Fonagy P et al.**, eds. Una Revisión a Puertas Abiertas de los Estudios de Resultados en Psicoanálisis www.ipa.org.uk. International Psychological Association 1. 1998.
Ref Type: Electronic Citation
54. **Galatzer-Levy RM, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron S**. Does Psychoanalysis Work. New Haven, London: Yale University Press, 2000.

55. **Elliott R, Greenberg LS, Lietaer G.** Research on experimental therapies. In: Lambert MJ, editor. *Bergin & Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 2004: 493-539.
56. **Sexton TL, Alexander JF, Mease AL.** Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin & Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 2004: 590-646.
57. **Bateman A, Fonagy P.** *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. 1 ed. New York: Oxford University Press, 2004.
58. **Linehan MM.** *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993.
59. **Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF.** *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Organization: A treatment manual*. New York: Wiley, 1998.
60. **Clarkin JF, Kernberg OF, Yeomans FE.** *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorders Patients*. New York, N Y: Guilford Press, 1999.
61. **Ramírez F.** Integración de un procedimiento de psicoterapia de tipo dinámico-conductual. *Anales de la Clínica Psiquiátrica*. Montevideo: Imprenta Letras, 1969.
62. **Ryle A.** *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Chichester: Wiley, 1990.
63. **Varela B, Bernardi R.** Defensas ante el estrés y defensas ante los conflictos, ¿estamos ante el mismo concepto? *Actualidad Psicológica* 2000; XXV(280):18-21.
64. **Jiménez JP.** Un modelo de análisis del sistema de atención psicoterapéutica. In: Jiménez JP, Buguña Constanza, Belmar A, editors. *Investigación en Psicoterapia: procesos y resultados. Investigaciones empíricas 1993-1994*. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria, 1995: 1-32.
65. **Lambert MJ, Garfield SL, & Bergin AE.** Overview, trends and future issues. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 2004: 805-821.
66. **Bernardi R.** Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1997;(84/85):53-68.
67. **Kendall P, Grayson H, Verduin T.** Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. In: Garfield SL, editor. *Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* 2004: 16-43.
68. Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist* 1995; 48:3-23.
69. **Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Bennett Johnson S, Pope KS, et al.** An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 1996; 49(5):18.
70. **Bohart AC, O'Hara M, Leitner LM.** Empirically Violated Treatments: Disenfranchisement of Humanistic and Other Psychotherapies. *Psychotherapy Research* 1988; 8(2):141-157.
71. **Elliott R.** A guide to the empirically supported treatment controversy. *Psychotherapy Research* 1998; 8(2):115-125.
72. **Bless DL.** Identification of empirically supported psychological interventions. *Clinician's Research Digest* 1996; 1-2 (Supplemental Bulletin 14).
73. **Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler L, Calhoun KS, Crits-Christoph P et al.** Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 1998; 51:3-16.
74. **Chambless DL.** Identification of empirically supported psychological interventions. *Clinician's Research Digest* 1996 (Supplemental Bulletin 14):1-2.
75. **Lampropoulos GK.** A reexamination of the empirically supported treatments critiques. *Psychotherapy Research* 2000; 10(4):474-487.
76. **Ursano R, Silberman EK.** Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy. In: Hales E, Yudofsky S.C., Talbott, editors. *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
77. **Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J.** Varieties of long term outcome among patients in psychoanalysis and long term

- psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPPP). *Int J Psychoanalysis* 2000; 81(5):921-942.
78. **Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U.** Fifty years of psychotherapy process outcome research: continuity and change. In: Garfield SL, editor. *Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 2004: 307-389.
 79. **Leibovich de Duarte A.** Cómo psicoanalistas y psicoterapeutas cognitivos construyen sus inferencias clínicas. Estudio empírico. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis*, 17. www.aperturas.org. 2004.
Ref Type: Electronic Citation
 80. **Horvath A, Gaston L, Luborsky L.** The therapeutic alliance and its measures. In: Miller N, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP, editors. *Psychodynamic Treatment Research: a handbook for clinical practice*. New York: Basic Books, 1993: 247-274.
 81. **Luborsky L, Barber JP, Binder J, Curtis J, Dahl H, Horowitz LM et al.** Transference-related measures: a new class based on psychotherapy sessions. In: Miller Ne, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP, editors. *Psychodynamic Treatment Research: a handbook for clinical practice*. New York: Basic Books, 1993: 326-341.
 82. **Defey D, Elizalde J, Rivera J,** eds. *Psicoterapia Focal*. Montevideo: Roca Viva, 1995.
 83. **Defey D.** *Vidas en Crisis. La Técnica de la Psicoterapia Focal en Vivo*. Pelotas: Educat. In press.
 84. **Thomae H, Kaechele H.** *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder, 1990.
 85. **Bernardi R, Montado G, Rivera J, Defey D, Fossatti G, Sas A.** *Psicoterapias Focalizadas: Percepción del Proceso y los Resultados en Pacientes y Terapeutas*. In: Jiménez, Buguña, Belmar, editors. *Investigación en Psicoterapia: Procesos y Resultados. Investigación Empírica 1993-94.* Santiago de Chile: SPR, Capítulo Sudamericano; Corporación de Promoción Universitaria, 1995.
 86. **Grawe K.** Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 1997; 7(1): 1-19.
 87. **Luborsky L, Crits-Christoph P.** *Understanding Transference: the core conflictual relationship theme method*. 1st ed. New York: Basic Books, 1990.
 88. **Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, Singer B, Dickter D, Schmidt A.** The efficacy of dynamic psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes? In: Miller Ne, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP, editors. *Psychodynamic Treatment: a handbook for clinical research*. New York: Basic Books, 1993: 497-518.
 89. **Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED, Johnson S et al.** The researchers own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatments efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999; 6:95-106.
 90. **Quiroga S, Zonis R, Zukerfeld R.** *Comparative Study on the Therapeutic Efficacy for Eating Disorders Second revised edition*. International Psychoanalytical Association. (con referato). An Open Door review of outcome studies in Psychoanalysis. 2nd. ed. www.ipa.org.uk. 2004.
Ref Type: Electronic Citation
 91. Psychotherapeutic efficacy in a two year period longitudinal study on eating disorders. 35 Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Inédito, 2004.
 92. **Ginés AM, Ceroni C, Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A et al.** Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia. In: Jiménez JP, Buguña C, y Belmar A, editors. *Investigación en Psicoterapia: procesos y resultados (Investigación Empírica 1993-94)*. Santiago de Chile: SPR (Capítulo Sudamericano) y Corporación de Promoción Universitaria, 1995.
 93. **Ginés AM, Montado G.** El problema de la duración de la psicoterapia. In: Defey D, Elizalde J, Rivera J, editors. *Psicoterapia Focal*. Montevideo: Roca Viva, 1995.
 94. **Defey D, Montado G, Rivera J.** El problema de la demanda. In: AUDEPP, editor. *Intervenciones Psicoanalíticas*. Montevideo: Fin de Siglo, 1994.
 95. **Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Ginés AM.** Estudio sobre la persistencia de los efectos psicoterapéuticos en un programa de psicoterapia

- psicoanalítica. In: Gril, Ibáñez, Mosca RS, editors. *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados*. Pelotas: Educat, 2000.
- 96. Montado G.** Investigación de resultados en psicoterapias focalizadas. In: Bernardi R, et al., editors. *Psicoanálisis, Focos y Aperturas*. Montevideo: Ed. Psicolibros, 2001.
- 97. Garbarino A, Luzardo M, Bernardi R.** Los Estudiantes de psicología y su actitud hacia las psicoterapias. *Investigación en Psicoterapia*. SPR, 1998.
- 98. Bernardi R, Defey D, Elizalde JH, Fiorini H, Fonagy P, Gril S et al.** *Psicoanálisis: focos y aperturas*. Montevideo: 2001.
- 99. Gril S, Ibáñez AM, Mosca I, Sousa PL, eds.** *Investigación en Psicoterapia: Proceso y Resultados*. Pelotas: Educat, 2000.
- 100. Montado G, Defey D, Darakjian W, Lodeiro M, Peña M, Rubio C et al.** Psicoterapia dinámica focal: evaluación de resultados a través de múltiples evaluaciones. In: Gril, Ibáñez, Mosca RS, editors. *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados*. Pelotas: SPR. Educat, 2000.
- 101. Altmann M, Gril S.** Verbal and non-verbal indicators in psychotherapies with mothers and babies. Comparing Verbal Exchange Of Mother and Analyst And Non- Verbal Interaction Of Mother And Babies With Psychofunctional Problems. An exploratory study based on the components of the Cycles Model (Mergenthaler, Bucci) and the Infants Attachment Indicators (Massie Campbell Scale). (2001 IPA Congress Psychoanalytic Research Exceptional Contribution Award. International Psychoanalytic Association). 2001.
Ref Type: Unpublished Work
- 102. Ginés A.** Posibilidades de interacción entre el psicoanálisis y los servicios docente-asistenciales de salud. *Temas de Psicoanálisis* 1990; 7(13):47-58.
- 103.** *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina 1943-2003*. Clínica Psiquiátrica, 2004.
- 104. D'Ottone A.** Pacientes en psicoterapia: lugar de los psicofármacos en el programa terapéutico. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 2002; 6(2):73-82.
- 105. Thase ME, Jindal RD.** Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. 2004.
- 106. Thase ME.** How should efficacy be evaluated in randomized clinical trials of treatment for depression? *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 4):23-31.
- 107. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, et al.** Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combination. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1009-1015.
- 108. Magder DM, Segal ZV, Kennedy SH, Gilbert B.** Guidelines for combining pharmacotherapy with psychotherapy. In: Cameron P, Ennis J, Deadman J, editors. *Standards and Guidelines for the Psychotherapies*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press, 1998: 292-319.
- 109. Figueroa G.** Psicoterapia y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión mayor. *Rev Chil Neuro-psiquiatría* 2002; 40(suppl 1):77-95.
- 110. Elkin I.** The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 1994.
- 111. Blatt SJ.** *Experiences of Depression: theoretical, clinical, and research perspectives*. 1st ed. Washington: American Psychological Association, 2004.
- 112. Hollon SD, Fawcett J.** Combined medication and psychotherapy. *Treatments of Psychiatric Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995: 1221-1236.
- 113. Gabbard GO, Kay J.** Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 2002; 5(129):136.
- 114. Gabbard GO.** Combined psychotherapy and pharmacotherapy. In: Sadock BJ, editor. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- 115. Needleman LD.** *Cognitive Case Conceptualization: a guidebook for practitioners*. 1st ed. Mahwah, N J: Lawrence Erlbaum, 1999.

- 116. Kandel E.** A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 457-469.
- 117. Probst E.** Las Fronteras Invisibles. Montevideo, 2000.
- 118. Probst E.** Perversión en farmacología. *Relaciones* 1987;(40):10-11.
- 119. Olds D, Cooper AM.** Dialogue with other sciences: opportunities for mutual gain. *Int Journ Psychoanal* 1997; 78:219-225.
- 120. Tutté JC, Bouza C.** Psicoanálisis y Neurociencias. ¿Una articulación posible o imposible? In: Comisión de Publicaciones de APU, editor. *El Cuerpo en Psicoanálisis*. 2° Congreso de Psicoanálisis. Montevideo, 2002.
- 121. Bernardi R.** La clínica psicoanalítica y el diálogo interdisciplinario. *Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia*, 2000;63-74.
- 122. Panksepp J.** Las emociones desde el Psicoanálisis y la neurociencia: un ejercicio de conciliación. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis* 2001;(7).
- 123. Kandel E.** Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156:505-524.
- 124. Schore AN.** Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health J* 2001; 22(1-2):7-66.
- 125. Gabbard GO, Lester EP.** Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. 1st ed. New York: Basic Books, 1995.
- 126. Gabbard GO.** The impact of psychotherapy on the brain. *Psychiatric Times* 1998; 15(9).
- 127. Lagos ME, et al.** Psychotherapy in Uruguay. In: Pritz A, editor. *Globalized Psychotherapy*. Consejo Mundial de Psicoterapia, 2002.
- 128. Peroni G.** Historia y Desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica. -5. 2004.
Ref Type: Unpublished Work
- 129. Ginés A.** Programa de psicoterapia de la Facultad de Medicina. *Rev de Psicoterapia Psicoanalítica* 2002; 6(2).
- 130. Coll O.** La psicoterapia en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica* 2002; 6(2): 83-88.
- 131. Gibeault A, Gattig E, Chiara GD, Piccioli E, Aisenstein M.** National developments in psychoanalysis: professional and scientific. *Psychoanalysis in Europe Bulletin* 1996; 47:5-21.
- 132. Bernardi R.** Algunas medidas tendientes a mejorar la situación de las psicoterapias en nuestro país. 1995.
Ref Type: Unpublished Work
- 133.** Comisión de Psicoterapia de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Informe sobre XIII encuentro. *Boletín de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay* año 2000.
- 134. Silberfeld M, Fish A.** Current issues in psychotherapy. In: Cameron P, Ennis J, Deadman John, editors. *Standards and Guidelines for the Psychotherapies*. Toronto: Toronto University Press, 1998: 445-462.
- 135.** Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Código de Ética y Código Ético Procesal de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay, 1994.
- 136.** American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder (Revisión). *Am J Psychiatry* 2000; 157(supl):1-45.
- 137.** Guidelines for choosing a therapist. *Mental Health Association in Milwaukee County*. 2001.
Ref Type: Internet Communication
- * Roth A, Fonagy P, Parry G, Target M, Woods R. What works for whom? A critical review of Psychotherapy research. 2nd ed. In press, 2004.
- ** Tutté JC. The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *Int J Psychoanal* 2004; 85:897-921.