

Respuesta a los comentarios

Foro de discusión

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

Los autores de la Guía Clínica queremos agradecer los comentarios recibidos, porque enriquecen no sólo lo expuesto en la Guía sino, en forma más general, la discusión sobre la psicoterapia en nuestro país. Como dice J. L. Díaz, las Guías son formas modernas y éticas de organizar y jerarquizar la información sobre un tema y deben promover el diálogo, lo cual requiere la disposición para intercambiar, agregar, discrepar y aprender. Las distintas contribuciones cumplen con este objetivo y permiten clarificar zonas de consenso, ponen de manifiesto puntos que requieren una mayor discusión y orientan hacia los pasos que es posible y necesario dar en el momento actual.

Un primer punto de consenso está dado por el reconocimiento de la utilidad de la psicoterapia como recurso de salud, con probada efectividad, y la necesidad de contar con acuerdos explícitos entre psicoterapeutas, autoridades y usuarios acerca de los criterios para su buena práctica y su mejor desarrollo.

Resulta fácil señalar algunas zonas de convergencia. Existe acuerdo en que la práctica de la psicoterapia exige una formación específica en la modalidad de psicoterapia que se va a practicar, una actividad científica que sostenga dicha formación y criterios bioéticos explícitos. También hay coincidencia en que resulta deseable que las Guías se apoyen en investigaciones realizadas en la propia realidad.

Como expresa J. C. Rey, el desarrollo de las Guías Clínicas comenzó en los países del norte (nuestra Guía se apoyó fuertemente en los antecedentes canadienses y británicos); esta revisión bibliográfica no debe ser desconocida, pero en el futuro las Guías deben apuntar a apoyarse en investigaciones realizadas en nuestro medio. Si tomamos en cuenta hechos como los que destaca A. Ginés, reseñando lo

realizado por la Clínica Psiquiátrica, o la participación activa de colegas, entre ellos varios de los autores de la Guía, en la *Society for Psychotherapy Research*, así como otros antecedentes referidos en la Guía, podemos ver que existe un esfuerzo sostenido por incrementar en nuestro medio la investigación en proceso y resultados en psicoterapia. Todavía existen, como señala Rey, clínicos que no consideran necesario recurrir a un esfuerzo de investigación en este campo (ni, por tanto, entonces, hacer guías de este tipo). Pero en la medida en que el esfuerzo de investigación continúa y se complementa con revisiones de sus resultados (como observa J. L. Díaz, las Guías son precisamente un tipo de revisiones dirigidas a fines tanto prácticos como científicos), es posible comprobar la utilidad de este esfuerzo.

Por su parte, L. Romero dice que las guías ofrecen un sistema conceptual apoyado en una concepción ética y en una comprobación empírica de resultados en áreas claves (disminución de la intensidad de los síntomas, mejora de la calidad de vida, disminución del gasto en salud asociado, disminución de las recaídas), y Yubarandt Bepali recuerda el lado ético de esta tarea, pues ciertos principios de la bioética están presentes tanto en la necesidad de establecer las formas de “buena práctica” de la psicoterapia a la que tiene derecho a acceder toda la población, como las formas de ejercicio “salvaje” o “de boliche” inexperto, que arriesgan violar el principio ético de no-maleficencia (primero no dañar). M. E. Lagos agrega que el problema del diagnóstico y de los efectos de su mal uso no debe ser descuidado y destaca, además, que estas Guías no sólo deben apuntar a ser útiles para los psicoterapeutas y las autoridades, sino también para la población.

La contribución de F. Dajas señala otra área de convergencia fundamental. Su aporte

nos permite profundizar en el tipo de unidad que subyace a los distintos abordajes de la enfermedad mental, sean psicoterapéuticos o farmacológicos. En la medida en que la expresión de los genes se modifica por la situación ambiental, cobra nueva base la comprensión de las relaciones entre cerebro y mente, lo que permite a su vez comprender desde otra luz el papel de la psicoterapia. Podemos decir que el avance de las neurociencias aboga, paradójicamente, por una medicina que no sea biológica o psicológica separadamente, sino por un enfoque indisolublemente bio-psico-social.

Como dice Dajas, cualquier tratamiento que no incluya esta triple perspectiva es una caricatura. Estos fueron postulados hondamente arraigados en la medicina uruguaya, que, aunque difíciles de plasmar, estuvieron presentes en la reforma del plan de estudios de la Facultad de Medicina en 1968 y adquieren nueva vigencia hoy día.

Estos acuerdos sustanciales no impiden que existan áreas donde sea necesario continuar la discusión. M. E. Lagos destaca que los tres modelos presentados constituyen uno de los puntos abiertos a discusión, pues no reflejarían adecuadamente el desarrollo del campo de la terapia cognitivo comportamental. Los autores de la Guía recibimos un reparo similar de parte de colegas de orientación psicoanalítica, que también sentían que dichos modelos restringían el campo de las terapias dinámicas y no hacían justicia a sus posibilidades reales.

El problema es complejo. Es indudable que el campo de aplicación de las principales escuelas de psicoterapia se superpone, y cada una de ellas se ha expandido a partir de sus orígenes históricos y continúa expandiéndose. También es cierto que, como advierten algunas contribuciones, resulta en muchos casos difícil afirmar en forma clara y comprobada los beneficios de un enfoque sobre otro. Como señala J. C. Rey, las perspectivas y valores del usuario y de la sociedad deben ser tomadas en cuenta, sobre todo, agregaríamos, en el caso de la psicoterapia en la que la motivación del paciente juega un rol fundamental. Cuando no existe evidencia concluyente a favor de una opción, el usuario debe participar en la decisión, y previamente debe ser adecuada-

mente informado. Las Guías deberían servir de base para este tipo de información. Por esa razón dijimos que los modelos propuestos en la Guía no eran prescriptivos, sino ilustrativos o paradigmáticos.

Al proponer los modelos, quisimos buscar puntos visibles de diferenciación entre las distintas orientaciones y nos pareció que uno de estos puntos radicaba, por ejemplo, en el carácter de exploración abierta de las técnicas psicoanalíticas (asociación libre, etc.) frente al mayor énfasis en el trabajo sobre problemas y objetivos claramente identificados por parte de las terapias cognitivo conductuales. O sea, poner el acento en el tipo de trabajo psicoterapéutico que el usuario puede esperar que va a realizar según acepte uno u otro enfoque. Pero admitimos que el problema no era sencillo: incluso desde la perspectiva que adoptamos, de poner el acento en la forma de proceder terapéutica, es preciso decir que también existen terapias dinámicas focalizadas, y que incluso el psicoanálisis en general fue caracterizado, por Thomae y Kaechele, estudiando el curso del proceso terapéutico real, como una terapia focal con foco cambiante. Las diferencias entonces se achican, pues también un tratamiento cognitivo conductual o de otra orientación puede ir incorporando nuevos objetivos en el curso del mismo. Sin embargo, no creemos que se borre totalmente la distinta orientación que tiene el trabajo terapéutico en cada enfoque y que hemos mencionado en los modelos, y creemos que esta distinta dirección del trabajo terapéutico continúa siendo un elemento válido para una diferenciación entre ellos. Pero también creemos que es necesario jerarquizar los avances de cada enfoque como señala Lagos y profundizar la discusión al respecto. J. C. Rey sugiere que tal vez las diferencias mayores entre los distintos enfoques psicoterapéuticos radiquen en la distinta perspectiva filosófica respecto a la conducta humana y su cambio. Este es otro punto para profundizar.

El tema de las diferencias entre los distintos enfoques se vuelve más complejo porque cada terapeuta, en la práctica, trabaja en gran medida sobre la base de esquemas referenciales personales (Sandler los denominó “teorías implícitas”), los cuales pueden no ser totalmente conscientes e incluir, en forma

ecléctica, elementos de distinta procedencia. Es probable –es un tema a indagar– que cuando la psicoterapia realmente se ajusta a las necesidades del paciente, la forma de trabajar de terapeutas con distintos enfoques y los mecanismos reales de cambio de los pacientes se parezcan más entre sí que a las postulaciones de las que cada enfoque parte. También es posible que en la medida en que las instancias de intercambio entre distintos enfoques se intensifiquen, se ponga en evidencia que las distancias no siempre son insalvables y las aproximaciones son posibles. J. L. Díaz anota que junto con el conocimiento explícito sobre un tema que surge de la literatura científica, existe un conocimiento implícito que en forma menos visible se nutre de la experiencia y el desempeño de los clínicos. Este es el sustrato en que se nutren las guías, así como los análisis más sofisticados (estudios randomizados, meta-análisis, etc.).

Quedan, sin duda, otros puntos a discutir. Los comentarios recibidos señalan la importancia de las variables dependientes del terapeuta. Esto lleva a prestar atención no sólo a la formación, sino a las variables relacionadas con la eventual psicopatología de los terapeutas y con el grado de autoconocimiento que necesitan. Este problema fue resuelto por el psicoanálisis a través de la exigencia de que el futuro psicoanalista recibiera un tratamiento psicoanalítico. En el marco de una discusión más amplia entre distintas orientaciones, sería conveniente abordar la pregunta acerca de cuáles podrían ser los diferentes modos de plantear este problema y los criterios mínimos aceptables.

Creemos, por último, que puede apreciarse un sustancial avance en nuestro medio en los últimos diez años respecto al tema de fondo planteado por la Guía Clínica: la posibilidad de establecer criterios compartidos que lleven a un ordenamiento del campo sobre la base

de criterios sólidos y evidencias o comprobaciones fundamentadas y, correlativamente con lo anterior, avanzar en el desarrollo de la psicoterapia dentro de un sistema integrado de salud que facilite el acceso a la psicoterapia y brinde la información necesaria al usuario. La idea de establecer pautas comunes para la psicoterapia comenzó, en efecto, a discutirse hace diez años, pero mientras en ese momento el tema generó cierta vacilación o incluso resquemor, hoy es más clara y amplia la determinación de avanzar en esa dirección. La creación de la Federación Uruguaya de Psicoterapias (FUPSI) constituyó un paso fundamental. Si bien las autoridades sanitarias siempre se mostraron receptivas a este tipo de planteo, en este momento la postura es claramente explícita a favor del mismo. Cabe destacar lo expresado por A. Ginés, actual Director del Programa de Salud Mental del MSP, cuando reafirma las bases solidarias, humanistas y científico-técnicas que ya estaban presentes en el Programa Nacional de Salud Mental de 1986 y que fueron ratificadas en numerosas acciones que se emprendieron en nuestro medio. Ginés destaca las diez recomendaciones contenidas en la Guía y damos especial valor a sus palabras: “La Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental tendrá en esas recomendaciones [las diez recomendaciones finales de la Guía], junto a otros aportes, un excelente punto de partida para asegurar la incorporación de la psicoterapia y las técnicas psicosociales a los servicios de salud”.

Nos sentimos muy satisfechos de haber podido aportar, con este trabajo, que hemos escrito por invitación de la Revista de Psiquiatría, el “puntapié inicial”, para usar la expresión de M. E. Lagos, para esta nueva etapa, en la que se aúnen los esfuerzos de los distintos sectores interesados en avanzar en la integración de la psicoterapia al campo de la salud.