This work is licensed under the Creative Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike 2.0 Chile License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/cl/> or send a letter to Creative Commons, 543 Howard Street, 5th Floor, San Francisco, California, 94105, USA.

Algunas reflexiones sobre la práctica psicoterapéutica

Felipe Lavín Zumaeta

felipe.lavin@gmail.com

Introducción

Este trabajo es la culminación de un proceso de cinco meses como psicólogo en práctica en el Servicio Médico de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV). Su motivación es en primer lugar personal: se trata de movilizar una reflexión sobre el lugar de la práctica clínica en una institución, de las condiciones que determinan un contexto en el que esta práctica se inserta en una institución inserta a su vez en un ámbito aun mayor, y de las posibilidades y los retos que surgen de estas interrelaciones.

El aumento de la demanda en salud mental

La atención de problemas de salud mental se ha convertido en una preocupación cada vez más importante en los planes de salud pública alrededor del mundo. Desde que en 1852 se abriera la Casa de Locos de Yungay hasta fines de la década de 1980 es posible delimitar un periodo en el que los principales esfuerzos en este sentido están orientados al aumento de atención hospitalaria (Aroca, 2006), situación que comienza a revertirse a partir de la década posterior, marcada por un importante aumento en la inversión pública para el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores más pobres del país¹ (Minoletti y Zaccaria, 2005).

¹ En rigor, es en 1946 cuando tenemos uno de los primeros antecedentes formales de la aplicación del modelo de salud pública al campo de la salud mental tras la promulgación del Acta de Salud Mental en EE.UU. (Kramer, 1977, en Martínez, 1999)

Desde 1993, comienza a ponerse en acción el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*², que a través de un aumento sostenido de la inversión y la adopción de modelos comunitarios de atención pretende mejorar el bienestar y la salud mental de los chilenos, para hacer frente al incremento de problemas tales como adicciones y depresión, tal como consta en el Proyecto de Ley sobre Garantías Explícitas en Salud (AUGE). Como efecto, el número de prestaciones en atención primaria ha aumentado casi nueve veces entre 1993 y 2003 (Ibíd.).

El aumento en la demanda de atención en salud mental condiciona un escenario en el que el papel de los tratamientos psicoterapéuticos ha cobrado creciente protagonismo, lo que nos pone sobre la pista de un cambio en la forma en que la psicología clínica se ubica dentro de las coordenadas de la salud sobre el cual es posible formular una serie de razones:

- » En primer lugar, es posible plantear que la psicología clínica se ha ido ganando un espacio en tanto los estudios empíricos “han demostrado la utilidad de la psicoterapia como modalidad de tratamiento” (Levenson, 1997, p.11). Como un antecedente necesario a la mayor relevancia de la psicoterapia es indispensable considerar la validación de la Psicología como lugar de un saber posible sobre la salud y la enfermedad mental, es decir, sobre la posibilidad de que un trastorno psiquiátrico se explique y sea tratable desde un modelo más amplio que un mero reduccionismo biologicista; es solamente cuando lo psicosocial aparece como condicionante de la aparición y duración de un trastorno que la psicoterapia halla su lugar como abordaje posible —tanto para la comunidad científica y los encargados de diseñar las estrategias de salud pública como para los usuarios de sus servicios.
- » En segundo lugar, tanto el incremento de la disponibilidad de servicios psicoterapéuticos³ como el mismo aumento en el número de atenciones prestadas podrían ubicarse como determinantes de un fenómeno que podría explicar al menos en parte la forma casi exponencial en que esta demanda crece: la progresiva reducción del estigma de ser considerado “paciente psiquiátrico” (Levenson, op.cit.) derriba barreras instaladas

² El *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* comienza su marcha en 1993. Posteriormente, el año 2000 el Ministerio de Salud implementa un segundo plan que establece un modelo más elaborado de la red de atención y programa de actividades que abarcan los problemas prioritarios, tomando como base las innovadoras prácticas introducidas por el plan de 1993.

³ Tanto en la atención privada como pública, pero especialmente en ésta. Sobre este punto también cabe hacer mención sobre el aparentemente explosivo aumento de la oferta de formación profesional de psicólogos de la mano del auge del surgimiento de las instituciones privadas de educación superior desde la década de 1990.

mucho antes de cualquier limitación de cobertura y bien podría situarse como un factor importante de la magnitud del crecimiento en las atenciones. En otras palabras: mientras más personas reciben atención durante un periodo de tiempo, más crecerá la demanda de atenciones al siguiente periodo.

- » Por último, debo mencionar que el aumento en la prestación de atenciones en salud mental está también relacionado con la caída de éstas en los planes previsionales tanto del sector público como privado. De esta manera, el presupuesto del sector público de salud destinado a salud mental ha aumentado progresivamente desde alrededor de un uno por ciento en el año 1990 hasta cerca del 2,5% en 2003, (Minoletti y Zaccaria, op.cit.). Por otra parte, la cobertura de atenciones por parte de las Isapres ha cambiado profundamente desde una situación muy precaria antes de la introducción del AUGE (tres o cuatro atenciones por año) a un contexto en el que su cobertura no puede ser menor a lo otorgado por FONASA en las enfermedades consideradas dentro del Régimen General de Garantías en Salud (“El AUGE en Isapres”, s.f.; Albornoz, 2005).

Búsqueda de alternativas de atención psicoterapéutica

Con la progresiva inserción y aumento de demanda de atención psicoterapéutica en la salud pública tanto en Chile como en otros países, los intereses y las expectativas proyectadas sobre ésta han comenzado a ser equiparados con los de la atención médica (Carey, 2004), y es en este ámbito que de acuerdo a Brodksy (2006) se ha producido un importante cambio en la evaluación de las alternativas de salud, centrando su foco en la medición de la eficacia.

En este apartado, intentaré dar cuenta de la forma en que el paradigma de la medicina basada en la evidencia se instala como la referencia fundamental en la evaluación de los tratamientos de salud desde la década de 1990 en adelante, estableciendo como nunca antes la preocupación por la relación entre el costo y el beneficio y la eficacia de las alternativas terapéuticas. Se trata, en el fondo, de un intento a responder a la pregunta *¿porqué son necesarias nuevas formas de psicoterapia?*

Un nuevo paradigma: la medicina basada en la evidencia

Es hace algo más de diez años que habría comenzado el auge por estudiar la medida en que un tratamiento logra producir el “efecto esperado”, que en 1992 se cristaliza en un artículo que posteriormente identificaría a este nuevo enfoque de la

medicina: “La medicina basada en la evidencia”, perspectiva que como fin apunta a la utilización exclusiva de métodos y técnicas que demuestren una eficacia comprobada estadísticamente, a través de estudios bibliográficos y epidemiológicos que en la práctica llegan a eliminar el lugar que tradicionalmente ocupaba la experiencia clínica (Bravo & Campos, s.f.).

Este paradigma se sostiene por tres prerequisites fundamentales: la mundialización de la información, la sustitución de la creencia por la prueba y la introducción de la complejidad en las variables a considerar para una decisión correcta (Brodsky, op.cit.).

Un importante sustento para este nuevo paradigma es la posibilidad de identificar aquellos tratamientos mejor evaluados en base a decisiones más informadas tanto para pacientes como médicos. Sin embargo, parece evidente la presencia de otro factor que podría explicar el éxito de esta perspectiva, y es que más allá del bienestar del paciente (pero sin desecharlo), lo que la medicina basada en la evidencia posibilita es la elección de los tratamientos en torno a una relación de costo y beneficio, lo que bien podría ser la razón principal de su masiva aceptación en contextos institucionales.

Para el clínico, en tanto, se hace necesaria la apelación a un saber establecido como garante de su práctica, desplazando el lugar de una evaluación en la que su subjetividad estaba puesta en juego por el silencio de las pruebas. El manual diagnóstico se hace indispensable como también lo hace su contraparte, el manual de tratamiento, mientras que el proceso de toma de decisiones sobre un paciente queda reducido a un mecanismo tecnocrático (Aroca, op.cit.; Brodsky, op.cit.; Ortega & Cayuela, 2002).

Condiciones contextuales y alternativas terapéuticas

De acuerdo a lo anterior, es posible afirmar entonces que existen dos vectores que determinan la configuración del contexto actual en el que se desarrolla práctica psicoterapéutica: el énfasis en la efectividad y la relación de ésta con los costos del proceso se han convertido en los principales retos o desafíos ante los que la clínica psicológica es interrogada y puesta en cuestionamiento.

Es la búsqueda de nuevas alternativas psicoterapéuticas que respondan a estas exigencias del medio quien propicia la opción por formas de tratamiento más limitadas en el tiempo, factor principal a considerar en la evaluación de costos de un tratamiento y que a la vez permite enfrentar el aumento en la demanda al reducir las

listas de espera de atención. Finalmente, los modelos de psicoterapia breve se presentan más aptos para estudios empíricos de duración y efectividad⁴.

Por estos motivos, las distintas formas de psicoterapia breve encuentran en este contexto un terreno fértil para su desarrollo y aplicación.

Psicoterapia breve

Al referirnos a “psicoterapia breve”, es necesario en primer lugar precisar qué es lo que entenderemos por este término. Esta definición viene en relación a un punto de referencia del que ella parte: el psicoanálisis clásico.

Con el nombre de “psicoterapia breve” estamos denominando, en realidad, a un grupo de modalidades terapéuticas que, en distintos grados, comparten fundamentos teóricos con los conceptos psicodinámicos establecidos por Sigmund Freud en su segunda tópica (*ello, yo y superyó*), y que definen su brevedad fundamentalmente desde la contraposición con el psicoanálisis clásico, en el que un tratamiento puede significar una frecuencia de a lo menos tres sesiones semanales por un plazo que varía “entre una hora y cuatro años” (o más).

Psicoterapia breve “natural” y “por diseño”

Hanna Levenson (op.cit.) propone que, de alguna forma u otra, todos los terapeutas han desarrollado alguna forma de psicoterapia breve en el sentido de estar acotada a un número relativamente bajo de sesiones, por lo que habría que establecer una primera diferencia entre lo que denomina una psicoterapia breve “natural” y la psicoterapia breve “por diseño”.

La psicoterapia breve natural se refiere entonces a tratamientos programados inicialmente a largo plazo, pero que son interrumpidos antes de los plazos estimados por los terapeutas como los indicados para finalizar el proceso. De acuerdo a la misma autora (citando un estudio de Rau de 1989), entre un sesenta a un setenta y cinco por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento antes de la octava sesión, mientras que de acuerdo a Phillips (1988 y 1992, en Jiménez, 2000), aproximadamente la mitad de los pacientes abandona el tratamiento tras el primer contacto y un diez por ciento adicional lo haría entre el segundo y tercer contacto, porcentaje de abandono que se mantiene para cada una de las sesiones posteriores hasta formar una asíntota.

⁴ Esta aptitud se encuentra innegablemente ligada a las condiciones que regulan la investigación en la actualidad, sometida también a exigencias económicas y de resultados en corto plazo.

En la psicoterapia breve por diseño, se trataría, por otra parte, de aprovechar al máximo el limitado tiempo, lo que plantea la necesidad de desarrollar técnicas específicas para el tratamiento.

La psicoterapia breve no pretende ser un sucedáneo inferior a la psicoterapia a largo plazo, sino un tratamiento de primera opción que responde tanto ante las exigencias contextuales como a las expectativas de los pacientes.

¿Cuánto dura una psicoterapia breve?

A diferencia de la indeterminada duración del tratamiento en el psicoanálisis clásico y las terapias a largo plazo, la psicoterapia breve sustenta un modelo en el que “el tiempo limitado” es la máxima, y que hace referencia, más que a un bajo número de sesiones, a establecer rangos de duración, lo que no implica una rigidización de la cantidad de atención necesaria para cada paciente.

La brevedad de una psicoterapia puede definirse desde cuatro puntos de vista que no necesariamente son concordantes: en oposición a un modelo de referencia, desde el punto de vista del terapeuta, desde el punto de vista del paciente y en relación a una duración promedio normativa o estadística.

Desde esta última referencia, podemos citar el modelo propuesto por Levenson, diseñado para una duración de 20 sesiones; mientras hay estudios que sitúan el promedio entre veinte a veinticinco sesiones (Budman, 1981 y Crist-Christop & Barber, 1991, en Crespo, 2000) o seis meses de tratamiento (Piper et al., 1984, en Levenson, op.cit.).

Duración y mejoría

Desde que comenzaron los primeros intentos por limitar el tiempo de la psicoterapia, uno de las principales críticas ha sido la posibilidad alcanzar de cambios terapéuticos significativos con un tratamiento breve.

En este sentido, los defensores de la psicoterapia breve han planteado un debate no precisamente sobre esta posibilidad (en la cual, por supuesto, creen) sino en torno a *qué* debería considerarse un cambio terapéutico realizable en un plazo de tiempo limitado.

Objetivos de cambio en psicoterapia breve

Una de las diferencias más importantes que es posible señalar entre la psicoterapia breve y los enfoques más tradicionales y/o de largo plazo, está relacionado con la naturaleza de los cambios terapéuticos esperados.

Las discrepancias entre los objetivos de ambos tipos de terapia estarían determinadas en primer lugar por una diferencia fundamental en los valores de los

terapeutas que las practican en torno a sus concepciones de posibilidades de cambio (y qué se considera como un cambio deseable o terapéutico) y la importancia del rol de la terapia en la vida del paciente, entre otros factores.

Remitiéndonos al psicoanálisis como referente histórico y teórico de la psicoterapia breve, es posible plantear una rotunda transformación en la concepción del fin de la psicoterapia, entendiendo el fin tanto como objetivo como término, pues en 1937 Sigmund Freud afirmaba (no sin una cierta desesperanza) que el proceso de análisis era interminable ya que siempre permanecería un resto inanalizable, por lo que el proceso debía aspirar a crear las condiciones más favorables para las funciones del yo.

Los partidarios de la psicoterapia breve, por su parte, tienden a desechar la idea de “cura” y la búsqueda de modificaciones permanentes en el carácter —presentes en la orientación freudiana— como propósito del proceso terapéutico, para centrarse principalmente en cambios que sean significativos para el paciente, considerando la posibilidad de una terapia adicional como una alternativa que no debería ser descartada.

Cambio terapéutico bajo un marco institucional

Como indica Kaës (1998), es necesario recordar que las instituciones están organizadas “*también* por la lógica de lo social, de lo económico, lo jurídico y lo político” (p. 19), de lo que destacaría la dimensión económica (en un sentido amplio) como fundamental en la determinación del funcionamiento institucional.

Una institución se constituye como tal en tanto está destinada a cumplir una función dentro de los sistemas sociales en los que se inserta, por lo que es esperable que una institución de salud defina su rol en el mejoramiento, la mantención o la promoción de la salud de la comunidad a la que está dirigida desde este marco.

Por lo tanto, la práctica psicoterapéutica en instituciones se encontraría enfrentada a un problema fundamentalmente distinto de su posibilidad económica (que los enfoques de tiempo limitado permitirían sortear), y que no solamente cuestiona su práctica como globalidad sino también en la particularidad de cada terapeuta, esto es, lo concerniente a la definición de su función terapéutica dentro del sistema al que se adscribe.

La posibilidad, innegablemente cierta, de un conflicto entre los criterios institucionales y clínicos plantea un problema que no es fácil de resolver, y sobre el cual un amplio espectro de respuestas es localizable: desde postular un conflicto permanente, el mantenimiento de un lugar siempre marginal por parte del terapeuta o su absoluto sometimiento a los intereses institucionales.

Sin embargo, no es solamente el terapeuta quien se ve cuestionado: la institución también es interrogada y se ve enfrentada tanto a la necesidad de responder a sus funciones y adaptarse a sus posibilidades como a la modificación o reformulación de sus objetivos.

Es en relación con estos ejes que pretendo ubicar la “selección” de pacientes para procesos psicoterapéuticos breves, como una alternativa de limitar las atenciones a aquellos casos en que la atención esté circunscrita a plazos de atención terapéuticamente óptimos (según el marco de la psicoterapia breve) e institucionalmente viables.

Indicaciones y contraindicaciones para psicoterapia

Ya ha sido dicho: no todo proceso dura lo mismo. En la particularidad de un caso, el tiempo que será necesario para hablar de “cura”, “mejoramiento” o “alta” depende de múltiples factores, y ni siquiera en dos situaciones aparentemente similares podríamos dictaminar una ley taxativa de término. Sin embargo, la abstracción estadística nos sugiere que podrían existir distintas formas de reaccionar ante la psicoterapia de acuerdo a las características de cada caso.

Por lo tanto, es necesario establecer una distinción entre las distintas problemáticas que llevan a un paciente a solicitar atención y la duración del tratamiento, o más bien, el grado de ansiedad que significan sus manifestaciones sintomáticas. En este sentido, Levenson cita un estudio de Kopta, Howard, Lowry y Butler (1994) en el que

Como se esperaba, los síntomas de ansiedad aguda (e.g., dolores de cabeza, sentimientos de intranquilidad, llanto fácil) respondían bien a la psicoterapia, con el porcentaje de recuperación más alto a lo largo de las sesiones. Los síntomas de ansiedad crónica (e.g., sentirse inútil, sentirse fácilmente herido, sentirse solitario entre personas) mostraban el índice más rápido de respuesta media; los problemas de hostilidad, ideación paranoica [sic] y psicoticismo (e.g., urgencia de herir a alguien, sentirse observado, sentir que algo funciona mal en la propia mente), respondían más lentamente que otros ante la psicoterapia⁵ (p.34).

El problema de la selección de pacientes para una psicoterapia ha estado presente prácticamente desde su invención en base a distintos criterios: uno de ellos es la duración del tratamiento y otro de los más importantes es la adecuación del paciente a una determinada modalidad terapéutica. En este caso, ambos estarían unidos si nos fiamos de los datos presentados anteriormente y consideramos, con ellos, la existencia de un grupo de pacientes para los que la psicoterapia breve sería un tratamiento efectivo.

⁵ Es importante destacar que este estudio se llevó a cabo en pacientes de psicoterapias a largo plazo.

Tradicionalmente la selección de pacientes para psicoterapia breve ha coincidido con lo indicado por estos datos: la recomendación general ha sido rechazar a aquellos pacientes “difíciles”, con problemas crónicos o trastornos de personalidad y quedarse con aquellos que demuestren una mejor capacidad de “insight”.

La “analizabilidad”, como concepto, proviene desde la psicología del yo (*ego psychology*) y en la literatura aparece ligada al de “alianza terapéutica” (que lo precede históricamente) como condiciones de un tratamiento (Soler, 1984). Según esta perspectiva, el yo del paciente se encuentra dividido en una parte que desea mantener la enfermedad y otra con la voluntad de enfrentarla, que lo lleva a consultar y debería ser el aliado del terapeuta en contra de la enfermedad. Esto supone que “el análisis depende de una aptitud, de *un talento previo personal* del analizante y cuyo diagnóstico inmediato debería permitir plantear el pronóstico de una experiencia *todavía por hacer*” (p.110, cursivas mías).

Un caso extremo que podríamos encontrar en esta perspectiva es el de Sifneos, citado por Levenson.

Tabla 1: criterios de selección para Psicoterapia breve provocadora de ansiedad (STAPP) según Sifneos (en Levenson, op.cit., p.43)

1. Capacidad del paciente para disponer de una queja principal circunscrita.
2. Evidencia de una “relación significativa” o de interacción con otra persona durante la niñez.
3. Capacidad para relacionarse flexiblemente con el evaluador durante la entrevista.
4. Habilidad para experimentar y expresar sentimientos directamente durante la entrevista
5. Sofisticación psicológica definida por:
 - (a) Inteligencia superior a la media
 - (b) Disposición psicológica
6. Motivación para el cambio indicada por:
 - (a) Voluntad para participar activamente en la evaluación psiquiátrica.
 - (b) Honestidad al hablar de sí mismo.
 - (c) Capacidad para reconocer síntomas de origen psicológico.
 - (d) Introspección y curiosidad.
 - (e) Apertura a nuevas ideas.
 - (f) Expectativas realistas sobre los resultados del tratamiento.
 - (g) Voluntad de efectuar sacrificios razonables de tiempo y dinero.

No sería extraño considerar que tal cantidad de requerimientos es simplemente absurda: la cantidad de pacientes “aptos” sería mínima, llegando incluso a plantear la cuestión de si dicho modelo terapéutico es en absoluto válido.

Tanto Habib Davanloo (1992) como Hanna Levenson se contraponen a esta selectividad: para ambos, no se trata de indicar un tipo de pacientes para cada terapia, sino de modificarla para mejorar el tratamiento de casos difíciles; no se trata de una *aptitud* necesaria de encontrar en el paciente sino de desarrollar las técnicas necesarias para trabajar aquellos casos “inabordables”.

Cabría entonces preguntarse ¿a quién sirve la selección de pacientes? *No a los pacientes*, al menos no a aquellos que no serían seleccionables y que no son pocos; eso está claro. Creo que la respuesta dependerá de otras preguntas: ¿es realmente posible psicoterapia breve en pacientes con problemas crónicos? Si lo es, ¿qué expectativas de mejora se le pueden atribuir, y qué se entenderá por “brevedad” o “limitación de tiempo” en tales casos?

Quizás para una institución sea más seguro no arriesgarse y zanjar la cuestión optando por la imposibilidad de una terapia breve en este tipo de pacientes; al menos en este caso tendríamos claro que se trata de una estrategia que responde a otro tipo de intereses —volvemos a un punto anterior: la necesidad de evidencia aparece cuando la creencia se desvanece.

Discusión y algunas indicaciones a modo de conclusiones

A través del texto, he intentado, en primer lugar, dar cuenta del contexto en el que se ubica la práctica psicoterapéutica en la actualidad. Como afirmaba en la introducción, este escrito nace tras mi experiencia como Psicólogo en práctica en el Servicio Médico de la PUCV, y aunque mi intención no ha sido limitarlo solamente a esta realidad, espero que se convierta en un aporte que, cuando menos, sirva para plantear (o más bien retomar) un proceso reflexivo constante en torno al lugar de la psicología clínica en una institución.

En esta sección, más que plantear conclusiones, me interesa sobre todo poder explicitar ciertas interrogantes que quedan tras la lectura, desde una perspectiva eminentemente personal.

La historia de las instituciones de atención de salud en universidades en Chile no ha sido escrita, por lo que la descripción del entorno se ha enfocado preferentemente a los cambios acontecidos en la historia más reciente de nuestro país y las transformaciones globales en las que dichos cambios se inscriben; procesos de modificaciones que definitivamente influyen en modelar el paisaje en el que, por ejemplo, se encuentra el Servicio Médico PUCV.

Es desde este punto de vista que he intentado referirme a la validación de la psicoterapia como uno de los factores más importantes —junto al aumento de la cobertura y la des-estigmatización del paciente en psicoterapia— del aumento en la demanda de atención, tendencia que probablemente podría ser confirmada por una enorme multitud de personas que trabajan en el campo de la salud mental, tanto en instituciones públicas como privadas y consultas particulares.

No es solamente la psicología clínica parece gozar de un mejor status que hace diez o quince años atrás. Si contara con la afirmación necesaria probablemente podría afirmar lo mismo para otras ramas de la psicología: educacional, organizacional. Relegaré esta cuestión a una impresión y no ahondaré más en ella (no es este el propósito del artículo) más que reiterando o sintetizando lo siguiente: es la misma instauración de lo “psi” como *causa efectiva* lo que ha permitido este desarrollo.

Y, a propósito de lo *efectivo*, he planteado el cambio de paradigma hacia la medicina basada en la evidencia como una transformación fundamental que afecta a la práctica psicoterapéutica. La cuestiona, en primer lugar, como en aquel artículo del New York Times que resumía esto en su mismo título: *los escépticos demandan pruebas*; demanda de resultados, exigencia de brevedad, de ahorro.

No deja de ser curioso el camino que parece seguir la psicología y la psicoterapia al respecto. En un principio, encontramos una necesidad de validación científica a través del recurso a los métodos y el modelo de las ciencias naturales: el mismo Freud aspiraba a situar al psicoanálisis dentro de las ciencias naturales; al otro extremo, John Watson pretendía básicamente lo mismo al crear el conductismo. Medición, uso de estadísticas, experimentación, (neo)positivismo. Posteriormente: inscripción de la psicología en el conjunto de las Ciencias Sociales, que desde un anhelo naturalista inicial comenzaron una deriva hacia métodos y modelos propios. ¿Discusión añeja? No tanto.

Luego, inserción de la psicología clínica en el ámbito institucional, en la salud pública. En 1990, en Chile no había ningún psicólogo en atención primaria; en 2003 el número es ligeramente inferior al de psiquiatras (Minoetti y Zaccaria, op.cit.). Una vez que encuentra allí un lugar, su identidad comienza a disolverse nuevamente bajo el imperio de la necesidad de evidencias. El surgimiento de los manuales de diagnóstico/tratamiento tiende a su reducción a una técnica mecánica: ¿qué hay entonces de su estatuto científico? ¿Ya no Ciencia Social ni mucho menos Ciencia Natural, sino técnica? ¿Realmente necesitamos una “ciencia de la conducta”, necesitamos del análisis de la *psyché* o es que el mundo sólo necesita de una técnica del bienestar?

Si así fuese, quizás deberíamos confiar en Fukuyama (2003) y esperar a que la neurofarmacología ejecute sus maravillas, y dejar de actuar como los hombres

primitivos que tratan de movilizar el auto confiando en que la ardilla gigante dentro del capó convertirá la presión sobre el acelerador en movimiento del vehículo⁶.

He escrito también sobre psicoterapias breves, sin ser estrictamente un practicante ni defensor de ellas (al menos no en el sentido de una abogacía militante). He escrito que la psicoterapia breve *no pretende ser un sucedáneo inferior* sino un tratamiento de primera opción, a la vez que he argumentado que su necesidad está condicionada por los requerimientos del medio, y creo que en definitiva mi posición personal al respecto está mediada por ambas alternativas. Las he situado en contraposición al psicoanálisis clásico (u ortodoxo, dirán otros), y es en esta tensión donde también me planteo: psicoanálisis y terapéutica. Desde una perspectiva lacaniana, la psicoterapia no existe (Zenoni, 2006), existe el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, centrado en la orientación al síntoma y el sentido en oposición a la orientación al fantasma y el más-allá-del-sentido (¿sin-sentido?) que Jacques Alain Miller (2001) reserva para el psicoanálisis “puro”. ¿“Psicoanálisis aplicado a la terapéutica” o “psicoterapia de orientación analítica”? Este debate no pertenece a este escrito, por lo que mi uso de los términos será (ha sido) más laxo en este sentido.

Vuelvo a lo que estaba planteando: en el contexto actual, el psicoanálisis difícilmente es un tratamiento de primera opción para alguien. La psicoterapia sirve bien al propósito de la mejoría sintomática, lo que en muchos casos es suficiente para el paciente, y probablemente sea lo único para la institución. En este sentido, su lugar está asegurado y la validez de un tratamiento más breve ha dejado de ser un tema. Si fuera a constituir el punto de inicio de un trabajo más exhaustivo, queda a decisión del analizante.

Me quedan algunas dudas sobre los objetivos de una psicoterapia breve: la cuestión de fondo es el ahorro, pero ¿qué se ahorra, en definitiva? No solamente tiempo, no solamente dinero, ni siquiera se ahorra solamente la importancia central del proceso psicoterapéutico en la vida del paciente. ¿Se ahorra sufrimiento? ¿O se ahorra elaboración, trabajo psíquico? Es una pregunta a tener presente ante la emergencia de nuevos modelos: la elaboración del conflicto psíquico es intransable, cualquier intento de ahorrársela al paciente atenta contra su propio bienestar.

⁶ “El freudismo [sic] podría compararse a la teoría desarrollada por un grupo de hombres primitivos que encuentran un automóvil e intentan explicar su funcionamiento sin ser capaces de abrir el capó. Observan la fuerte correlación existente entre la acción de pisar el acelerador y el avance del vehículo, y elaboran la teoría de que existe algún mecanismo que conecta ambos hechos y convierte un líquido en movimiento de las ruedas... quizás una enorme ardilla encerrada en una jaula o tal vez alguna especie de enano. Sin embargo, no saben nada de hidrocarburos, de combustión interna o de las válvulas y los pistones que llevan a cabo la verdadera conversión de la energía” (Fukuyama, 2003, pp.78-79)

La exigencia de elaboración es también garantía de validez de un método terapéutico: si los objetivos han cambiado para centrarse en indicadores más cercanos a la mejoría que pudiese expresar un paciente, ¿cómo asegurarnos que no estamos realizando una práctica meramente sugestiva? Elaboración, neutralidad y abstinencia: no se trata de que el terapeuta permanezca en silencio durante toda la sesión, sino de no poner sus propias respuestas en preguntas ajenas; no se trata de permanecer imperturbable ante el paciente que sufre, como tampoco de consolarlo y decirle que todo estará bien, sino de poner a operar un trabajo terapéutico.

Finalmente, la selección de pacientes plantea algunos problemas: en primer lugar, cabe preguntarnos qué pasa con aquellos que no son considerados aptos para atención en una institución. En este sentido, las redes de derivación indispensables, y en el caso del Servicio Médico PUCV, una gran tarea pendiente y quizás difícilmente realizable: el equipo de psicólogos conoce gran parte de las opciones disponibles en la región, pero quizás sea necesario un trabajo más sistemático en este sentido con el fin de desarrollar una base de conocimiento estable que forme parte de la institución y no requiera “reinventar la rueda” cada vez que sea necesario derivar un paciente. Decía también que es una tarea difícilmente realizable, puesto que las derivaciones de una institución como el Servicio Médico PUCV a la red pública se mueven por áreas grises donde no existen una normativa establecida.

Proponía que la limitación de atención podría ser una manera de evitar el conflicto entre terapeutas e institución, pero indudablemente los problemas no se agotan allí: ésta se orientará preferentemente a reestablecer la funcionalidad del individuo en el sistema del que depende, mientras que el fin de la terapia no está necesariamente delimitado por lo mismo. Si el objetivo del Servicio Médico PUCV es propiciar el buen desempeño de los estudiantes en sus actividades académicas, ¿qué pasaría, por ejemplo, si la elección de carrera de un paciente es la causa de su sufrimiento? ¿Debería optarse por “remediar” su sufrimiento sin que abandone los estudios o debe primar la neutralidad para dejarle hacerse cargo de su destino?

De fondo, permanece el cuestionamiento al lugar del terapeuta; cada quien debe encontrar las variables que le permitan resolver esta pregunta.

En lo personal, mi referencia fundamental es la propuesta de Jacques Lacan: subversiva, idealista, irreal, inaplicable, imposible o como quieran llamarla. Lo fundamental es lo siguiente: *hacer de la práctica una actividad más ética que técnica.*

Referencias

- Albornoz, G. (2005) *Salud mental de los chilenos en estado crítico*. Recuperado el 11 de enero de 2007 desde <http://www.radio.uchile.cl/notas.aspx?idNota=20232>
- Aroca, A. (2006). Historiografía de la locura: el péndulo de la historia. En *Psikeba: revista de psicoanálisis y estudios culturales*, 2 (Agosto 2006). Recuperado el 11 de enero de 2007 desde http://www.psykeba.com.ar/articulos/AAhist_locura.htm
- Bravo, R. & Campos, C. (s.f.) *Medicina basada en pruebas (Evidence-based Medicine)*. Recuperado el 11 de enero de 2007 desde <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm>
- Brodsky, G. (2006) La eficacia del psicoanálisis. En *Bitácora Lacaniana: el psicoanálisis hoy, I, Mayo 2006*. Recuperado el 11 de enero de 2007 desde <http://www.nel-amp.com/bl/bl01/TEXTOS/EFICACIA%20TERAPEUTICA/G.%20BRODKY%20-%20La%20Eficacia%20del%20Psicoan%20E1lisis.pdf>
- Carey, B. *For psychotherapy's claims, skeptics demand proof*. New York Times, 10 Agosto 2004. Recuperado el 11 de enero de 2007 desde <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9A0DE5D8113CF933A2575BC0A9629C8B63&sec=health&spon=&pagewanted=1>
- Crespo, J.L. (2000). Acerca de la duración de los tratamientos y la brevedad en psicoterapia. En *Revista cubana de psicología*, 17(2). Recuperado el 12 de enero de 2007 desde http://www.dict.uh.cu/Revistas/PS2000_2001/PS00172h.doc
- Davanloo, H. (1992) *Psicoterapia breve: el desbloqueo del inconciente*. Madrid: Dor.
- El AUGÉ en Isapres*. (s.f.) Recuperado el 11 de enero de 2007 desde <http://www.sisp.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?argInstanciaId=12&argRegistroId=265>
- Fukuyama, F. (2003) *El fin del hombre: consecuencias de la revolución biotecnológica*. Madrid: B
- Jiménez, J.P. (2000) El método clínico, los psicoanalistas y la institución. En *Aperturas psicoanalíticas: hacia modelos integradores*, 4. Recuperado el 11 de enero de 2007 desde <http://www.aperturas.org/4jppjimenez.html>

- Kaës, R. (1998) Sufrimiento y psicopatología de los vínculos instituidos. En Kaës, R.; Correale, A.; Diet, E.; Duez, B.; Kernberg, O. & Pinel, J.P., *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales: elementos de la práctica psicoanalítica en la institución*, pp.13-58. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, J.M. (1999) Salud mental y organización de Servicios Asistenciales. En Navarro, J.; Fuentes, A.; & Ugidas, T. (coordinadores), *Prevención e intervención en Salud Menta*, pp.73-93. Salamanca: Amarú
- Miller, J.A.(2001) Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. En *Freudiana*, 32 [versión electrónica]. Recuperado el 15 de marzo de 2005 desde http://www.cdcelp.org/freudiana/J.A_Miller_1.PDF
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, Oct./Nov. 2005, vol.18, no.4-5, pp.346-358 [versión online]. Recuperado el 11 de enero de 2007 desde <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>
- Ortega, M. & Cayuela, A. (2002). *Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica de su aplicación en atención primaria*. En Revista Española de Salud Pública, 76(2). Recuperado el 11 de enero de 2007 desde http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272002000200005&script=sci_arttext
- Soler, C. (1984). Standards no standards. En Fundación de Campo Freudiano (editor), *¿Cómo se analiza hoy?*, pp.100-122. Buenos Aires: Manantial.
- Zenoni, A. (2006) Orientación analítica en la institución psiquiátrica. En *Bitácora Lacaniana: el psicoanálisis hoy, I, Mayo 2006*. Recuperado el 11 de enero de 2007 desde http://www.nel-amp.com/bl/bl01/TEXTOS/EFICACIA%20TERAPEUTICA/A_ZENONI%20Orientaci%F3n%20anal%EDtica%20en%20la%20instituci%F3n%20psiqui%E1trica.pdf