

# PSICOTERAPIA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS: UTOPIA O REALIDAD\*

Alberto Lasa Zulueta\*\*

## COMENTARIOS SOBRE DOS ARTÍCULOS ESTADOUNIDENSES RECIENTES ( 1,2 )

Empezaré por justificar porqué caigo en la servidumbre, tan habitual en los tiempos actuales que parece obligatoria, de recurrir a apoyarme en referencias precedentes de artículos estadounidenses.

Trato al hacerlo, en primer lugar, de rebatir una idea muy extendida: la de que lo que nos llega de USA es todo lo que se piensa en USA. Sostengo la idea opuesta: lo que recibimos es el resultado de una importación sesgada, que selecciona de forma interesada los artículos que sostienen ideas más satisfactorias para quienes la realizan.

Por eso conviene rescatar opiniones que defienden, con el rigor científico que los tiempos exigen, posiciones distintas a las más divulgadas habitualmente.

Así, el artículo de J. Shelder - y de ahí su importancia - rebate la creencia generalizada sobre la ausencia de evidencia empírica a favor de los conceptos y tratamientos psicodinámicos, así como la de que otras formas de tratamiento presentan superior eficacia. Para ello hace una revisión exhaustiva <sup>3</sup> de los

---

\* Ponencia presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)

\*\* Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental Infante Juvenil de Uribe. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

<sup>1</sup> SHEDLER J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, vol 65, 2, 98-109. Traducido en INFOCOPLINE.

<sup>2</sup> THOMAS R. INSEL(2009). National Institute of Mental Health. Bethesda, Maryland, USA. "Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline". *The Journal of Clinical Investigation*, vol 119 (4), 700-705

<sup>3</sup> Revisión que incluye 18 estudios de meta-análisis, la mayoría realizados entre los años 2003 y 2009, que, a su vez, revisan 41 meta-análisis y más de 700 estudios de evaluación comparativa de la eficacia de la psicoterapia general, la cognitivo-conductual, la psicodinámica y los fármacos antidepresivos en diferentes cuadros clínicos.

estudios realizados para evaluar su eficacia, tanto a corto como a medio-largo plazo, concluyendo que hay “evidencia empírica disponible” que demuestra que:

- Es eficaz en un amplio rango de situaciones clínicas o problemas (depresión, ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad)
- Que lo es no solo a corto sino también a medio-largo plazo
- Tiene elevada eficacia para ciertos trastornos de la personalidad (en especial para los trastornos límite-borderline), superando a la que obtiene la terapia conductual dialéctica
- Varios estudios confirman una eficacia equivalente en varios tipos de terapias; con respecto a otras, Shedler señala que *“la literatura empírica existente sobre la psicoterapia psicodinámica presenta limitaciones a mejorar: metodología de la evaluación; escasez de estudios empíricos...”*.

Aunque Shedler no lo hace, probablemente porque considera que no merece la pena perder el tiempo en ello, podemos preguntarnos porque opta por la denominación “psicoterapia psicodinámica” en vez de “psicoanalítica”. Seguramente en la cultura “psi” estadounidense no tiene gran vigencia la escurpulosidad con que en ciertos medios psicoanalíticos europeos se manejan ambos términos. Me refiero a opiniones que reivindican la “pureza” y el mayor rango terapéutico “del verdadero psicoanálisis”, entendiendo como tal la curatipo (“sólo un verdadero análisis cura”), frente a lo que suelen considerarse “formas menores” de psicoterapia “que sólo consiguen parches adaptativos”. Para algunos autores, el término “psicodinámico” puede ser considerado como equivalente de una “edulcoración” o hasta una usurpación de la verdadera teoría y práctica “psicoanalítica”. Desde esta misma actitud, que algunos juzgan arrogante y que otros consideran más respetable -en particular cuando la sostienen psicoanalistas que utilizan muy serios argumentos- se suele considerar que el psicoanálisis no es comparable con otras técnicas y que, al considerar que su eficacia no se puede medir con los parámetros objetivos propios de la metodología utilizada en otras disciplinas, es preferible evitar debates comparativos...con lo cual luego nos encontramos con la tan repetida afirmación de que “no existen pruebas, con evidencia científica, de su eficacia”. Dicho sea de paso, esta afirmación no permite concluir -como algunos hacen con excesiva alegría ideológica y con escaso rigor metodológico- que existen pruebas científicas de su ineficacia.

Dejando de lado estos debates, seguramente irreconciliables, lo que sí parece más interesante es detenernos en que elementos esenciales definen,

para este autor, lo **que sí que es la psicoterapia psicodinámica (P.PsD)**; los requisitos imprescindibles que debe reunir, para poder ser evaluada en cuanto a su eficacia .

Lo que propone como esencial en ella es: “*explorar aquellos aspectos del self que no se conocen en profundidad, en especial los que se manifiestan a lo largo de la terapia, influyendo en la relación y en la vida cotidiana*”. Sintetiza también, apoyándose en otros autores (Blagys y Hinselroth, 2000), cuales son las **características que definen la P. PsD** (me he permitido añadir, con intención aclaratoria, algunos comentarios para acompañar a cada uno de los siete ítems que, estos sí, pertenecen a Shelder y a los autores que acabo de citar<sup>4</sup>):

- 1. *Focalización en el afecto y expresión de la emoción.* (Con actitud de colaboración activa, por parte del terapeuta, en la verbalización y descripción de aspectos afectivos contradictorios, amenazantes o problemáticos).
- 2. *Exploración de los intentos de evitar los pensamientos y sentimientos estresantes.* (En otros términos, atención a resistencias y mecanismos defensivos)
- 3. *Identificación de temas y patrones psicológicos recurrentes, en su auto-concepto y en sus relaciones y experiencias.* (Lo que otros llamarían elaboración de la constitución –interiorización-, presencia e influencia de –e identificación con- objetos internos)
- 4. *Discusión de la experiencia pasada “developmental focus”.* (Evaluación de la consistencia de figuras de apego tempranas y de su influencia en el desarrollo y presente del paciente)
- 5. *Atención a las relaciones interpersonales.* (En su doble dimensión de experiencias actuales y su vinculación psicogenética con objetos internos o de apego)
- 6. *Atención a la relación terapéutica.* (Percepción y análisis de la transferencia y contratransferencia)
- 7. *Exploración de la vida imaginaria, “fantasy life”* (Favoreciendo la asociación libre sobre deseos, miedos, fantasías, sueños y con un doble objetivo: no solo remisión de síntomas, sino desarrollo y ampliación de capacidades de auto-exploración y auto-conocimiento)

Siempre es un consuelo, y más en los tiempos que corren, que nos tranqui-

---

<sup>4</sup> Blagys M.D; Hilsenroth M.J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical psychology: Science and Practice*, 7, 167-188.

licen respecto a la eficacia de nuestro trabajo psicoterapéutico. Lo es también que estudios muy sesudos nos ayuden a definir lo que es imprescindible en nuestra metódica de exploración, comprensión e intervención. Dicho lo cual mi pregunta, que ya nos formulábamos muchos años atrás y que no considero ingenua, aunque ya conozco la respuesta, es: ¿pero es que hay quien piense que se puede comprender y ayudar a un niño sin hacerlo de esta manera?

El segundo artículo que quiero comentar, está escrito por Thomas R. Insel, psiquiatra, ampliamente conocido por sus trabajos sobre oxitocina, vasopresina, neuropéptidos y con antidepressivos ISRS y desde 2003 director del NIMH-National Institute of Mental Health. Este breve bosquejo biográfico ya permite deducir que está lejos de ser alguien contrario o especialmente crítico con el uso de los psicofármacos y él mismo ha escrito mucho en sus investigaciones acerca del origen químico de numerosos cuadros psiquiátricos y de ciertas conductas. Por eso conviene, a mi juicio, prestar especial atención cuando expresa opiniones como las que recojo de su artículo. Como cualquier científico actual que se precie de serlo se declara convencido de la naturaleza etiopatogénica múltiple de los trastornos: "*Nuevas investigaciones demuestran que trastornos cerebrales, trastornos del desarrollo y trastornos genéticos complejos dejan como insuficiente el considerar sólo los conflictos psicológicos o los desequilibrios químicos*". Lo más interesante son sus afirmaciones contrarias acerca de lo que otros autores consideran certezas irrefutables. Por ejemplo, comentando un estudio longitudinal realizado con 223 niños afectados de TDAH: "*Es un trastorno definido con criterios conductuales y cognitivos que depende de un trastorno de la maduración cortical cerebral*". (El estudio habla de varios años de retraso en la maduración cortical: 5 años en corteza prefrontal, 3 años en cerebro global). Matizaré que habla de "retraso de la maduración" y no de lesión, disfunción, ni alteración neuroquímica alguna. Y subrayaré su cáustico y categórico comentario acerca de lo que actualmente sabemos de la naturaleza del trastorno TDAH: "*Usando una metáfora cardiovascular es similar a diagnosticar el infarto de miocardio como un trastorno doloroso del tórax, sin ninguna referencia a los mecanismos subyacentes a los síntomas*".

Comenta también, en el mismo artículo, el más amplio estudio existente sobre más de 4.000 pacientes diagnosticados de depresión mayor y tratados durante 14 semanas con un tratamiento juzgado por los expertos como óptimo (un ISRS, el citalopram). El resultado de este estudio, a doble ciego con placebo, nos deja un tanto patidifusos: con fármaco 31 % de remisiones, con placebo 30 % remisiones.

Si a esto añadimos que, comentando otros estudios, afirma que: "*No hay*

*diferencias significativas en cuanto a remisión de síntomas entre antipsicóticos de segunda generación “atípicos” (olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona) y los de primera generación “clásicos” (perfenazina, haloperidol, molindona)”. Y también que: “En cuanto a efectos secundarios: olanzapina y haloperidol tienen igual incidencia de síntomas extrapiramidales; la molindona produce más acatisia pero en cambio se produce más aumento de peso con olanzapina y risperidona”. No nos extraña que sentencie como conclusión de su artículo: “Los medicamentos actuales no son suficientes ni eficaces para la mayoría de los pacientes” (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión)...La desafortunada realidad es que las medicaciones habituales actuales ayudan a demasiada poca gente a ir mejor y a muy poca gente (a very few people) a ir bien”. Visto su currículum y convicciones no nos sorprende su toma de posición, ni los cuantiosos apoyos y beneficios que le reportará: “tenemos que seguir investigando para obtener fármacos más eficaces”.*

Pero la batalla no es “o fármacos o psicoterapia” y aún menos “fármacos no, psicoterapia sí”. Además de que todos podemos coincidir en que ambos tratamientos tienen sus indicaciones y su utilidad, tampoco hay que ocultar que pelear contra la presencia y predominio de la industria farmacéutica en la psiquiatría es, hoy por hoy, una batalla inútil.

Sin embargo, tampoco deben ignorarse algunos hechos actuales, sobre los que ya se hablaba largo y tendido en un artículo anterior publicado en esta revista<sup>5</sup>. Uno es el papel creciente (y abusivo) de la industria farmacéutica en la definición de la enfermedad y de lo que es evidencia científica. Otro, el conocimiento y cuestionamiento de la neutralidad de ciertos “líderes de opinión” -y de algunas de las “guías de práctica clínica” en las que han desarrollado un papel directivo- a causa de denunciados “conflictos de intereses”; hasta el punto de suscitar la desconfianza y comprometer la fiabilidad de la literatura científica. Con menos eufemismos y como citábamos en el artículo mencionado, lo ha expresado Marcia Angell<sup>6</sup>: “Hoy en día hasta los académicos más distinguidos y aparentemente imparciales podrían estar en la nómina de la industria farmacéutica. Si lo están, vd. tiene que mantenerse muy escéptico frente a cualquier cosa que digan”. Tampoco Germán Berrios, catedrático de psiquiatría en la universidad de Cambridge, se ha andado con medias tintas. Escribía en un artículo reciente que: “El daño causado por la MBE (medicina

---

<sup>5</sup>A. Lasa Zulueta. “Expresiones actuales e imagen social de la psicopatología”. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2010; 50:23-54.

<sup>6</sup>Marcia Angell. “La verdad sobre la industria farmacéutica”. Editorial Norma: Bogotá, 2006.

basada en la evidencia) a la práctica de la psiquiatría en un mundo en desarrollo podría ser irreparable<sup>7</sup>. Tampoco se ha quedado corto al opinar en un encuentro entre profesionales que “el futuro de la psiquiatra será el que la industria farmacéutica quiera”. Por mi parte añadiría que los psiquiatras también tendremos, digo yo, alguna responsabilidad en lo que nos venga.

Para quienes tiendan a temores apocalípticos respecto a los males de nuestro tiempo -que a la vista de lo que acabo de comentar podrían agravarse- me permitiré recordarles una cita, bastante larga pero no menos ilustrativa. Es esta:

*“Entre los enfermos, la propaganda de la sobriedad sería inútil, pues gran número de pacientes se sienten fascinados por la abundancia en el recetar [...]. En nuestros tiempos, la manía de ser desaforadamente recetados adquiere proporciones graves por las noticias que la prensa, la radio o algunos medios pseudocientíficos, les dan de los medicamentos y de sus indicaciones. Antes de que el médico desenvaine su pluma para recetar, un señor cualquiera, o sobre todo, una señora, se adelanta a sugerirle la conveniencia de la penicilina o de cualquier otra droga, o a aconsejársela sin el menor rebozo. Otras veces, la pregunta se refiere vagamente a si no sería útil “alguna medicina de América” porque el dogmatismo actual, que tiene una faceta de americanismo pueblerino, ha alcanzado a los mismos pacientes. América es hoy, además de una realidad maravillosa, un mito en la mente mágica de enfermos o pseudoenfermos. Yo admiro de todo corazón los progresos del gran pueblo al que el devenir de la civilización ha colocado en primera línea de la ciencia; yo leo con afán las publicaciones que de allí vienen, y muchas veces me entusiasmo ante el espectáculo de su formidable capacidad creadora. Pero en esto, como en todo, me siento más orgullosamente europeo que nunca, y lamento la difusión que entre nosotros ha alcanzado este mito aldeano, de una América, que a los propios americanos hace sonreír. Este mito es, a veces, difícil de soslayar. Una de las señoras que todo lo saben, me consultó hace meses sobre una de esas astenias de verano que con lo que mejor se curan es con cloruro sódico, con sal común; pero me parecía inadecuado a su suficiencia recetarle un remedio que ni siquiera había que ir a comprar a la farmacia, porque lo tenía en un bote su cocinera. Salvé la dificultad diciendo que era un nuevo medicamento americano que se llamaba Cl Na (es la fórmula del cloruro sódico o sal común). No hay que decir que, con esta interpretación cabalística y trasatlántica, mi amiga tomó la sal llena de fe, y se curó de sus molestias”<sup>8</sup>.*

<sup>7</sup>German Berrios. “Sobre la Medicina Basada en la Evidencia”. Editorial en Psicoevidencias (revista informática), 26 febrero 2010.

<sup>8</sup>Gregorio Marañón “El enfermo ávido de medicinas”. En: La medicina y nuestro tiempo. Madrid. Austral, 1954

Quién así se expresaba, hace ya mucho tiempo, era nuestro insigne Gregorio Marañón (1887-1960). Dejando de lado su opinión -quizás más extendida o por lo menos más declarada en su tiempo- hacia la sapiencia de las señoras, lo que sí podemos ver es que, ni ciertas tendencias de los pacientes, ni la inquietud por la colonización de nuestra cultura médica, son fenómenos nacidos en la actualidad. Ni tampoco fue un invento de Marañón el uso de la sugestión que, como él mismo nos relata, usaba convencido de su eficacia terapéutica.

## **SOBRE LA PSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA.**

Volviendo a la actualidad, sí quiero relatar dos comentarios de colegas; más por lo que puede tener de materia de reflexión que por su carácter anecdótico. Decía uno de ellos, en el contexto de una de esas reuniones, tan frecuentes actualmente, en las que con vistas a establecer la "gestión por procesos" de nuestro trabajo, algunos proponíamos un mínimo de 45-50 minutos para una primera entrevista clínica con padres y niño: "*Pero hombre no jorobéis...Pasados 10 minutos ¿de qué hablas?*".

El segundo comentario es el de una colega que, refiriéndose a la agobiante responsabilidad de la consulta diaria en un servicio público, nos decía, entre irritada y vehemente: "*Yo ya les digo (a los pacientes): yo soy psiquiatra y trato enfermedades...así que no me venga usted a contar su vida*".

En contraste, una y otra vez emerge -en nuestros estudios "de satisfacción del cliente"- además de una mayoría de manifestaciones favorables a la calidad de la atención que reciben, una queja permanente expresada de maneras diversas, pero muy clara: "*Pensaba que me escucharían más*"... "*No me dan tiempo a contar nada*".

Ambos comentarios muestran quienes son los componentes esenciales de una relación terapéutica, marco en el que hay dos protagonistas para un encuentro o un desencuentro. Y si hay encuentro surgirá ¿qué?... ¿un relato de síntomas o una historia de quejas?

De un lado el ojo clínico, ¿o habría que decir el oído? Del otro, la narratividad del paciente. En otros términos: la escucha y la palabra.

De creer a un experto en narrativa, Gabriel García Márquez, es al profeta Jonás a quien habría que atribuir la invención de la narración. Fue él quien, tras haber pasado tres días y sus correspondientes noches lejos de casa, volvió contando que había pasado todo ese tiempo en el vientre de una ballena. Su relato mereció pasar a la historia, y no sólo por lo extraordinario del acontecimiento en sí mismo, sino, sobre todo, porque la mujer de Jonás no

expresó duda alguna en cuanto a la veracidad de su, cuando menos sorprendente, relato.

Primer punto pues: hace falta en toda narración además del narrador, alguien dispuesto a recibirla; un destinatario curioso e interesado, en alerta para la escucha (el caso de la esposa de Jonás fue, seguramente, una primicia mundial de contra-transferencia positiva en la historia de la humanidad).

Ajuriaguerra decía -lo escribió cuando en el último tramo de su carrera redactó el plan de reforma psiquiátrica del País Vasco- que: *“entre todos los médicos, los psiquiatras son los más privilegiados, porque pueden vivir de escuchar historias [...] menos historias que cualquier otro médico pero con todo el tiempo para poder escucharlas, tan tristes o tan bellas como fueran”*. Otro amigo y compañero, psiquiatra apasionado por el psicoanálisis -y sin embargo fustigador de sus errores y abusos- me decía: “los psicoanalistas, vaya chollo, en vez de oreja tenéis una hucha” (con lo que, menos poeta y más pragmático que Ajuriaguerra, apunta a otro elemento de probable influencia, aunque menos reconocida, en la escucha)

Ha llovido mucho desde Jonás y desde Ajuriaguerra. ¿En donde estamos actualmente en cuanto a nuestras capacidades y posibilidades de escucha? Quizás la muy numerosa audiencia y el éxito de convocatoria de este congreso y de su título sea una respuesta.

¿Podemos seguir navegando pausadamente en el barco de nuestra escucha a contra corriente de las exigencias actuales de la “evaluación” y de la “eficiencia”, uno de cuyos requisitos es la reducción del tiempo de intervención y el acortamiento de la duración de la relación terapéutica? ¿Podemos seguir suscribiendo la genial respuesta de Marañón, cuando al preguntarle, a mediados del siglo pasado -tras el descubrimiento, entre otros avances, de los rayos X o de los antibióticos- cual era el descubrimiento tecnológico más importante de su tiempo, respondió: *“la silla”*?

¿Es que escuchar y por ende conversar, o si lo prefieren la curiosidad y la atención compartida y el interés por comprender la cabeza del otro, siguen siendo herramientas esenciales de nuestro oficio? ¿Podemos, por muy convencidos que estemos de la eficacia de este instrumento, demostrarla?

En mi opinión la respuesta es: sí. Y mucho nos han ayudado en encontrarla los debates, a veces enconados, que han tratado de encontrar puentes entre psicoanálisis y psicoterapia. Y mucho debemos a quienes han aceptado moverse y responder desde un terreno comprometido, el de la psiquiatría psicoanalítica (o psicodinámica). Quienes lo han hecho siempre les parecen “demasiado psicoanalistas” a ciertos, muchos, psiquiatras... y “demasiado psiquiatras” a ciertos, y también muchos, psicoanalistas. Los puritanos nunca



aceptan el cuestionamiento de sus certezas y por eso hay que mostrar agradecimiento a quienes optan por desafiar la posesión de la única verdad (y su explotación en forma de poder institucional).

Se habla mucho de un cambio de paradigma en la psiquiatría actual. Se dice que hemos pasado del “todo es social, todo es relación”, de “la personalidad está determinada por la educación y por las relaciones precoces” al “todo es genético, todo es químico” (me resisto a llamarlo biológico porque con Canguilhem pienso que “*la biología nunca será solo física o química*”<sup>9</sup>).

Un cambio que haría estallar en pedazos la diferenciación histórica -que para la filosofía de la ciencia estableció Dilthey- entre ciencias naturales y ciencias humanas: “*El modo de proceder de la psicología explicativa nace de la extensión abusiva de los conceptos de las ciencias físicas al terreno de la vida mental y de la historia [...] la naturaleza se explica, se comprende al hombre, comprendemos la vida psíquica[...] La realidad humana no es un objeto como los otros...el hombre está atrapado en su propia interpretación... y su objetividad debe cuestionarse continuamente [...] La historia individual y colectiva de los hombres es un texto a descifrar, escapa a la explicación causal de los hechos naturales*”<sup>10</sup>.

Uno de los signos clave de la civilización actual sería el paso de la curiosidad y la espera; del desciframiento del mensaje, escuchado largo y tendido, al signo visto de inmediato; del lenguaje verbal a la imagen; del tiempo del pensamiento al tiempo de la percepción.

Pretende nuestra cultura actual que la imagen, “lo que se ve”, no engaña. Conlleva una connotación de objetivación, de superación de la subjetividad. Como dicen algunos: “dejémonos de rollos e interpretaciones, hagamos ciencia”. Las nuevas tecnologías -como no pensar en la imagen cerebral o en el sueño de encontrar en un espectrógrafo el trazado de los “marcadores biológicos” que confirmarían la alteración psíquica- buscan el reconocimiento de hecho probado, de “evidencia científica”. Mientras que el “me ha contado que...” tendría una connotación peyorativa: “...son historias”. La psiquiatría en su lucha por ser equiparada a otras especialidades médicas, por mostrarse “basada en la evidencia” ha pasado del asilo, del hospital psiquiátrico, al hos-

---

<sup>9</sup>G. Canguilhem. *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, París, Vrin, 1968; ampliado en 1994 con «Le statut épistémologique de la médecine» (1985). Tr: Estudios de historia y de filosofía de las ciencias, Buenos Aires, Amorrotu, 2009

<sup>10</sup>W. Dilthey (1833-1911). *Teoría de las concepciones del mundo* (Traducción e introducción de Julián Marías). Revista de Occidente, Barcelona 1944. *Introducción a las ciencias del espíritu : ensayo de una fundamentación del estudio de la sociedad y la historia* (Traducción de Julián Marías). Revista de Occidente, Madrid 1956

pital general. Ha podido acceder, afortunadamente, al uso de las nuevas tecnologías; pero está corriendo con ello el riesgo de olvidar su especificidad de ciencia humana. Por eso los “nuevos” psiquiatras (no todos) “ven los síntomas y explican las enfermedades” y para eso no necesitan “oír” nada del paciente, que lo ignora todo de una enfermedad que le es ajena. No hay que buscar la comprensión de lo que nos dice. Para una psiquiatría “médica” la enfermedad mental no debería ser distinta que la diabetes o la neumonía que, con datos tan objetivos y cuantificables como la hiperglucemia, el esputo o la fiebre, confirman su naturaleza y proporcionan al conocimiento médico un síndrome sistematizado con síntomas reconocibles y específicos. En los tiempos actuales parece perder terreno el “furor interpretativo” y ganarlo el “furor explicativo”.

¿Llegaremos, por la vía de cuestionarios sistematizados e informatizados, a la descalificación de la “historia clínica”? A quien le parezca exagerado cabe recordarle que en la formación psiquiátrica actual -tanto del pregrado como del postgrado- no se dedica ningún tiempo -en realidad ni se menciona- al tema de la entrevista clínica. Recordemos también la universalización, como sistema diagnóstico, de los cuestionarios y de las entrevistas dirigidas y, como no, el éxito apoteósico del DSM.

La psiquiatría actual, con su potente ideología físico-química, a veces declarada y hasta proclamada y otras camuflada y latente (pero siempre generosamente financiada) impone el paso de la “elucubración”, sospechosa por subjetiva, a la “prueba científica”. Subrayo de paso el “pequeño” deslizamiento que se ha introducido en la importación del término “evidencia”<sup>11</sup>, llevándolo de su significado originario de “prueba” que demuestra, al de “evidencia” que se ve inmediatamente...lo que la hace incuestionable...salvo para algunos desconfiados, como el que les habla, que piensan que se necesita un tiempo para verificar si -tras análisis crítico y pausado- lo supuestamente evidente lo sigue siendo. Los verdaderos científicos siempre han valorado la duda y los expertos en calidad -los calificados de “independientes”, todos ellos pertenecientes a organismos vinculados a la sanidad pública<sup>12</sup>- también han empezado a hacerlo (y dudan en especial de la proliferación de “guías de práctica clínica basadas en la evidencia”, proponiendo una metodología para “leerlas” correctamente).

El caso es que los tiempos quieren que nos veamos obligados a “mostrar” y a “demostrar” nuestros resultados. Y no es nada malo que el que se vea la eficacia de nuestras intervenciones se haya convertido en una exigencia...el

---

<sup>11</sup>Ver el ya citado y erudito artículo sobre el tema de G. Berrios.

<sup>12</sup>The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001. Disponible en [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org) artículo.org

problema es que lleva tiempo en estos tiempos en los que nos falta tiempo y además se ha puesto muy caro. El tiempo de la intervención terapéutica se ha encarecido y el tiempo de la investigación también. Nuestros gestores estiman que es demasiado caro y en muchos lugares ceden amablemente la financiación (y la responsabilidad) de la investigación al patrocinio de la industria farmacéutica.

Una de las características esenciales de la psiquiatría actual es que, como en el resto de especialidades médicas, nunca la investigación ha estado tan cerca de los intereses de su explotación industrial y comercial. A base de repetir y machacar con el mensaje del actual paradigma “todo es genético, todo es químico” es cada vez más difícil encontrar financiación para investigaciones que no primen las nuevas y costosísimas tecnologías (estudio de imagen cerebral, marcadores biológicos, genética molecular) ¿Quién puede hacerlo? Obviamente -y no hay nada ilegítimo en ello- quien va a obtener beneficios directos de su inversión en forma de nuevos hallazgos y remedios químicos (no me detendré aquí en los modos y maneras de quienes lo hacen). Carecemos de una financiación comparable para la investigación independiente, por ejemplo para demostrar la eficacia de la psicoterapia...”y sin embargo se mueve”.

Porque, a pesar de todos los paradigmas, los hechos son tozudos. Philippe Lejeune (uno de los grandes expertos en autobiografías) nos dice que, sólo en Francia, hay entre tres y cuatro millones de personas que escriben su diario... a los que habría que añadir los que lo hacen en forma de psicoanálisis o de psicoterapia personal<sup>13</sup>. Están también los que lo hacen lanzando sus mensajes en botellas a la deriva... en el proceloso mar de las redes sociales de Internet. Y nos quedan los que, aún más aparatosos, se lanzan a contar incluso lo más impresentable de sus vidas en los “reality shows” televisivos. Como declaran todos nuestros pacientes encuestados, todo el mundo quiere, con más o menos ímpetu y desesperación, ser escuchado. Buen futuro para el que tenga el oído disponible y atinado.

Buen desafío para nuestros gestores que nos lo dicen bien claro – sintoniando por cierto en esto con no pocos de nuestros colegas a los que ya me he referido- *“los que vienen a contar su vida que no entren en el sistema sanitario porque una vez que entran no salen...y además no se conforman con una respuesta medicamentosa... que también nos cuesta un riñón”*

Permítanme - para concluir esta parte de mi exposición- citarles dos historias reales (una de ellas la he oído luego como chiste) contadas por un médico de familia (para quienes hacemos psiquiatría en sistemas de salud públicos,

---

<sup>13</sup>Ph. Lejeune: *Le pacte autobiographique*. Editions du Seuil: Paris, 1996

nuestro primer escudo protector).

Primera. Se extrañaba porque una señora, ya anciana, visitante muy asidua de su consulta, faltaba desde hace algún tiempo. Cuando empezaba a inquietarse seriamente y se disponía a indagar si había muerto, la señora reaparece. “Me estaba preguntando por que no venía” le dice el médico. Respuesta: “Pero hombre doctor, no piense cosas raras. ¿Por qué no iba a venir?...pues porque he estado enferma”.

Segunda. Un viejo aldeano, muy amigo del médico rural de su pueblo, que le había atendido durante años, le pide un día una consulta “para hablar de cosas serias”. Y le cuenta que se siente muy enfermo, “más enfermo que nunca”. Su médico y amigo se ofrece para hacer todo lo que haga falta. Y él le responde: “Es que...justamente quería decirte que esta vez prefiero consultar con el veterinario ¿me comprendes?... él está acostumbrado a saber lo que te pasa sin preguntar y sin que le cuentes nada...tu sabes oír pero él sabe mirar...y esto mío de ahora no es de hablar”.

Volveré a García Márquez que no hace mucho declaró que: *“a pesar de todo, estamos en un siglo que estará marcado por las palabras y no por las imágenes...porque las palabras engañan menos”*. Y lo emparejaré con Antonio Machado: *“Se miente más de la cuenta por falta de imaginación... También la verdad se inventa”*.

## ALGUNA PROPUESTAS CONCRETAS DE INTERVENCIÓN

Quiero terminar con unas cuentas propuestas de intervención, en nuestro ámbito sanitario, en las que nuestros planteamientos psicoterapéuticos son útiles e imprescindibles.

- Contribuir a la revalorización de la crianza y las intervenciones precoces y del papel de las relaciones precoces en la constitución del psiquismo/personalidad (con colaboración interdisciplinar en la protección del embarazo, maternidad y post-parto)
- Recuperar terreno clínico para la psicoterapia en los tres terrenos en los que, a mi juicio, se va a jugar el futuro y la fiabilidad de la psiquiatría de niños y adolescentes: los Trastornos del Espectro Autista-TEA; los Trastornos de la Personalidad-TP y los Trastornos por Déficit de atención e Hiperactividad-TDAH. Me parece de especial importancia responsabilizarnos del reacercamiento a patologías graves “huérfanas”, de las que nuestra psiquiatría actual parece desentenderse. Quiero recordar aquí los recientes estudios de la academia americana de las ciencias que señalan para el tratamiento de los TEA la eficacia y utilidad

que ha supuesto el pasar de unas técnicas centradas en la rehabilitación del déficit cognitivo y en la imposición de actividades a las que prefieren la comprensión y utilización en medio natural de sus capacidades de relación y del acceso a las interacciones del desarrollo normal<sup>14</sup>. Podemos, sabemos tratarlos... y con resultados comparables o mejores a otras propuestas terapéuticas, sociales o reeducativas ¿Pero queremos hacerlo? ¿Nos implicamos en el desarrollo de recursos imprescindibles para poder hacerlo?

- Reivindicación de disponibilidad de “tiempo largo” en nuestras entrevistas de diagnóstico y tratamiento (aunque la duración global de las intervenciones pueda ser breve)
- Potenciar, en nuestros horarios de trabajo, los tiempos y espacios de relación e intercambios personalizados y de formación en psicoterapia.
- Tratar de volver a situar, en la clínica y en el ámbito social, a la familia (y a los adultos que toman su relevo: enseñantes y otros) en su nivel de responsabilidad y de referencia central en el desarrollo del niño. Evitar la “neurologización” del malestar psíquico y del desarrollo normal...que quedan vaciados de todo contenido psíquico y de la influencia de factores relacionales.
- Desarrollar una actitud crítica y científica frente a la “evidencia científica”. Leer, informarnos e informar todo lo que podamos sobre neurobiología, genética, psicofarmacología...para que no nos tomen el pelo con simplificaciones sesgadas y abusivas (y para verificar si nuestra rentable credulidad tiene fundamentos serios). Saber diferenciar cuando y cuanto el gigante “Big pharma” está transformando la práctica psiquiátrica, y si lo hace para bien común nuestro o para sus intereses particulares.
- Actitud activa –quizás no sea desfasado llamarla militante- de defensa y promoción de la psicoterapia. Se trata de frenar la tendencia imparable a que todos los psiquiatras de las redes públicas nos convirtamos en boticarios -profesión muy noble pero que no es, o no era, la nuestra- y que las opciones farmacológicas, legítimas y beneficiosas cuando están correctamente indicadas, no se transformen en un único tratamiento

---

<sup>14</sup>National Academy of Sciences: Committee on Educational Interventions for Children with Autism, NCR (2001). *Educating Children with Autism*. Washington DC, National Academic Press. Citado y comentado en: S. Greenspan y S. Wieder. *Comprender el autismo*. RBA, Barcelona, 2008. Para una revisión crítica de los resultados terapéuticos de las intervenciones conductuales en el autismo ver también: Shea V. (2004). A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism. En: *Autism*; 8:349-367

que conlleva la sustitución o desaparición de otros tratamientos basados en la relación.

Puesto que de relaciones humanas trata nuestro trabajo recordaré, para terminar, las palabras de un gran observador del mundo que le tocó vivir y que en toda su obra desarrollo una gran sensibilidad para escuchar las voces de diferentes culturas. Decía Elias Canetti (1905-1994)<sup>15</sup>: *“...quien no desea ser olvidado debe dejarse ver, dejarse oír”; esa sería la tarea del paciente “...la primera prueba de respeto hacia los seres humanos consiste en no pasar por alto sus palabras” “...una respetable tarea, la dignidad de aprender del ser humano”; esta sería la nuestra.*

Me parece que no está de más recordarlo en un congreso dedicado a la noble -y obligatoriamente humilde- tarea de la psicoterapia.

---

<sup>15</sup>Elias Canetti. La antorcha al oído. En: Obras completas. Galaxia Gutemberg, Barcelona, 2003.