

Unidades de psicoterapia: una alternativa clínica

Psychotherapy Units: A Clinical Alternative

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ

Psicólogo clínico. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

Correspondencia: alienistas@me.com

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL se asienta tradicionalmente en tres pilares: el médico, el psicológico y el social. En la actualidad, estos pilares se concretan sobre todo en la psicofarmacología, la psicoterapia y la intervención comunitaria. Estos tres apoyos –de una u otra forma, siempre presentes– se dan el relevo, y mientras uno toma la delantera, los otros se sitúan a la zaga. Esta jerarquía persiste hasta que el modelo reinante no da más de sí y colapsa, o incluso sucumbe de vanidad y se corrompe a causa de falso éxito. La historia de la clínica muestra con claridad estos continuos movimientos, estos ascensos y caídas de los que nadie se libra. El caso es que ninguno de ellos sobrevive sin los otros dos. Este hecho conlleva la creación de un extraño triunvirato, tanto más chocante cuanto que a menudo se mira más por los intereses propios que por la función asistencial a la que están destinados. Está claro que todos nosotros tenemos nuestros puntos de vista y servilismos diversos. Eso es así. Pero también es evidente que la asistencia en salud mental no debe convertirse en un campo de batalla donde se dispute sobre nuestras teorías e ideologías. Y también

es evidente, eso creo, que ese omnipresente sindió se contrarresta y ordena con algo tan simple como es el criterio clínico, es decir, el saber dar a cada paciente lo que le conviene en cada momento vital, más allá de cuáles sean nuestras amadas preferencias y deslumbrantes insignias.

Durante las últimas décadas, quienes ya peinamos canas hemos asistido al ascenso y caída del modelo biomédico, pese a su impecable retórica diagnóstica y sus medicamentos supuestamente tan específicos y precisos. A través de las agencias de publicidad creadas *ad hoc* para divulgar la buena nueva de las enfermedades y sus fármacos, de las alteraciones neuroquímicas y su reversión mediante tal o cual medicamento, se nos llenó la cabeza de expectativas que luego no se cumplieron. Solo hay que darle un vistazo al monumental informe de la OMS (1). En los estudios ahí recogidos se destaca que los esquizofrénicos que viven en los países en vías de desarrollo tienen, en general, mejor pronóstico que quienes viven en países más desarrollados, en los que la atención médica, psicológica y social está mucho más extendida, países que cuentan con los mejores medicamentos y un amplio repertorio de tratamientos. La cosa es cuando menos chocante si no inquietante. Tan preocupante como lo es preguntarse a qué se debe que las enfermedades mentales se hayan multiplicado en número y agigantado en tamaño hasta el esperpento, al mismo tiempo que se dispone de nuevos y más precisos psicofármacos.

Ahora bien, también el pilar comunitario, sobre todo a partir de que se le ha cargado con buena parte del peso de la salud mental, ha comenzado a cimbearse. A medida que se comprobó la debilidad y limitaciones del modelo biomédico, se empezó a echar mano de las intervenciones comunitarias, a veces a la desesperada. Después de unos cuantos años de rodaje, este modelo y sus ingeniosos dispositivos comienza a crepitar y balancearse. Y no tanto por su falta de interés, sino por el exceso ideológico que se ha adueñado de este tipo de prácticas en detrimento del necesario fundamento clínico y terapéutico. Y qué decir del omnipotente y omnipresente psicoanálisis al modo norteamericano, cuando hace setenta años dominaba las universidades y los hospitales, y acabó sucumbiendo del empacho de éxito hasta desaparecer casi por completo durante décadas. En fin, en nuestro pequeño mundo de la clínica mental, en consonancia con la esencia de los sujetos de los que nos ocupamos, lo inestable es la regla.

En vista de que lo biológico y lo social también muestran sus debilidades, por caminos muy distintos lo psíquico parece resurgir y vuelve a tener una nueva oportunidad. A través de la revitalización de la psicopatología en su sentido noble (el *pathos* subjetivo), de las nuevas versiones del trauma y la disociación, de la

psiquiatría crítica y de la Otra psiquiatría y, por supuesto, de la cada vez mayor presencia de psicólogos clínicos en los servicios de salud mental, la exánime alma vuelve a recuperar el pulso. Y a consecuencia de este resurgimiento *psi*, surgen las unidades de psicoterapia en el marco de los servicios de salud mental. En este contexto, hace unos años pusimos en marcha la Unidad de Psicoterapia Especializada (UPE) en el Servicio de psiquiatría y salud mental del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

En ella atendemos a pacientes adultos de la red que pasan por periodos existenciales delicados –incluso críticos–, con diagnósticos severos, muchos de los cuales, de no ser por este tipo de soporte clínico, estarían hospitalizados o en situaciones de grave riesgo. Como digo, la mayor parte de nuestros pacientes presentan una patología psíquica importante (locura, en su mayoría), pero tienen visos de recuperación. También se atiende, estudia y analiza a algunas personas de esas que pululan de una especialidad a otra, de las que todos se quitan de encima porque nadie sabe muy bien qué les pasa. Los pacientes de los que nos ocupamos son remitidos por los compañeros de cualquiera de los dispositivos de la red. El criterio principal es que el facultativo que les atiende considere que esas personas necesitan un tratamiento intensivo o pormenorizado y que están dispuestas a hablar y relacionarse con un terapeuta. Una vez que nos entrevistamos con ellas y consideramos que podemos echarles una mano con la psicoterapia, estos pacientes acuden con regularidad a sus sesiones, a veces dos o tres veces por semana, a veces semanalmente o cada mes, eso depende de cada sujeto, tomado uno a uno y atendiendo a su momento personal. Por lo general, llegan con cita previa, pero también se presentan sin avisar, cuando nos necesitan. Como todo el mundo sabe, con este tipo de pacientes, la presencia y la disponibilidad sirven de firme soporte a la inestabilidad esencial en la que suelen vivir. Por fortuna, en la UPE contamos con la colaboración habitual de cuatro residentes externos (españoles y de otros países) y uno de la casa, lo que facilita la atención de algunos pacientes que necesitan un seguimiento especial.

Al igual que es necesario adaptar el procedimiento estándar de la psicoterapia a este tipo de personas y contextos, es imprescindible la buena coordinación con el resto de los compañeros, con quienes se trabaja de continuo, repartiendo los cometidos conforme conviene a cada paciente en cada momento: enfermería, psiquiatría, trabajo social, psicología clínica, etc. A mi manera de ver, si tuviera que resaltar un factor necesario para desarrollar este tipo de quehacer clínico, destacaría el buen engranaje del sistema, esto es, la buena y respetuosa relación con los compañeros. Si no fuera así, si reinara el mal rollo, los primeros en resentirse serían los pacientes. Y junto con esa compenetración y consideración con el trabajo de los colegas, la rapidez de comunicación: aquí, más que en otros dispositivos, el teléfo-

no se impone al protocolo y al papeleo. Cuando todo esto funciona, las unidades de psicoterapia se benefician del soporte comunitario y del apoyo psicofarmacológico que reciben algunos de nuestros pacientes, los cuales tienen la inmejorable oportunidad de sentarse a hablar con alguien que los puede estimular a dar un paso de gigante en su reequilibrio.

No está de más recordar que psicoterapia no es lo mismo que charlar con los pacientes. Se trata de hablar, sí, pero no de cualquier manera. En el fondo, el terapeuta suele escuchar, aunque también habla. Y cuando habla tiene que saber qué puede y qué no puede decir, y cómo y cuándo debe decirlo. El fondo y la forma se entrelazan en la práctica de la psicoterapia con gran sutileza, de ahí el valor que adquiere la presencia y el teatrillo de la transferencia. Porque lo esencial es la transferencia y el buen uso de la palabra.

Además de las dotes personales y la experiencia, quizá la ayuda más importante a la práctica de la psicoterapia provenga del conocimiento profundo de la psicología patológica. La confluencia de la psicopatología y la psicoterapia se aúna en la visión de la locura como defensa. Desde este punto de vista, el tratamiento psíquico de la locura consiste en alcanzar un aceptable equilibrio del sujeto con su defensa a partir de la transferencia y el buen uso de la palabra. Si la ceguera de la locura se fundamenta esencialmente en el empacho de verdad, en el tratamiento de la locura hay que medir convenientemente cuánta dosis de verdad se administra. Porque, bien aplicada, la transferencia es el fármaco más potente para el tratamiento de la locura. Ese fenómeno universal del que habló Freud, si se emplea y dirige adecuadamente puede resultar muy útil en el tratamiento anímico con el que se pretende mediar en el paciente de cara a revertir su mal. Lo curioso es que el poderío de la transferencia proviene, en el caso de la locura, de la soledad esencial del loco. No se trata, como en el neurótico corriente, de la relación al saber, sino de la soledad esencial que lo lleva a agarrarse a nosotros, a veces de por vida.

Como decía, la principal guía del tratamiento psíquico de la psicosis consiste en saber que la locura es una defensa. Si se concibe de este modo, el clínico está en condiciones de calcular, en cada caso concreto y en cada momento subjetivo, si se perturba o no esa defensa. Y si se opta por ello, esto es, por abrirle un poquito los ojos al paciente, el terapeuta debe valorar cuánto, cuándo y cómo. Además, y de manera especial en el tratamiento de la psicosis o locura, resulta fundamental considerar los síntomas desde el punto de vista de la función que están desempeñando, sobre todo de su vertiente protectora esencial. De manera que si las formaciones sintomáticas son invenciones que están al servicio de la defensa, hay que andar con cuidado a la hora de manipularlos para no dejar al sujeto a la intemperie. En fin, la cosa no es tan sencilla como repantingarse en la silla y charlar con el paciente sin orden ni concierto.

Los tres pilares a los que antes me referí pueden armonizarse en beneficio de los pacientes o pueden también volverse un obstáculo y convertir la asistencia en salud mental en un galimatías. A mi modo de ver, tanto lo médico como lo psicológico y lo social deben supeditarse a un principio común, al que vengo llamando “criterio clínico”. Esta regla clínica básica implica, *grosso modo*, que la atención de cada paciente se orienta hacia lo que más le conviene en ese momento, es decir, hacia lo que más contribuye a su reequilibrio. Como se trata del punto de vista clínico, debe tenerse en cuenta el caso por caso, además del momento subjetivo de cada uno y la adecuación al personal y los recursos de los que se dispone en el servicio en el que uno trabaja. Este enfoque subraya que no hay ninguna ayuda que sirva para todos, ningún bien aplicable al colectivo, ningún ideal extensible al conjunto. Ni vivir en sociedad es bueno para todos, ni tampoco lo son los fármacos, ni lo es la psicoterapia. El trabajo, las relaciones, la armonía familiar, el hablar con un terapeuta de ciertas cuestiones —a menudo dolorosas—, o el tomar psicofármacos que afecten a la capacidad de pensar y sentir, son cosas que, por buenas que parezcan y acordes a los ideales de la época, no pueden aplicarse a todo el mundo. A cada sujeto, lo suyo. Y ahí entra en juego el criterio clínico para indicarnos qué es eso particular que le conviene ahora a este y que no le conviene en absoluto a aquel otro. La clínica mental tiene mucho que ver con la diversidad y el dinamismo, con la adaptación del clínico a las posibilidades de reequilibrio de cada sujeto, cosa que se averigua hablando con cierto método y conociendo en profundidad la psicología patológica. Según este parecer, el criterio clínico está por encima de nuestros gustos teóricos y de nuestros ideales. Así concebido, es el principio organizador de nuestra acción y la psicopatología es su más sólido fundamento. Además, el criterio clínico es el territorio común que compartimos (o deberíamos compartir) especialistas de los más diversos pelajes y orientaciones.

Contrario al eclecticismo, el criterio clínico es jerárquico. Pero su jerarquía es variable. Cambia en función de cada sujeto al que atendemos y se transforma también dependiendo del momento en el que se encuentra dicha persona, sobre todo si está estable o inestable. De acuerdo con estos factores, el criterio clínico aconsejará cuál es el orden adecuado de esa jerarquía variable. Esta movilidad se materializa en que a tal paciente le conviene ahora apoyarse más en este pilar, o en varios a la vez, según la combinación y orden que resulte más pertinente. Y, por supuesto, también puede darse el caso de que, aplicando con precisión el criterio clínico, lo mejor que podemos hacer por algunas de las personas que nos visitan es alejarlos de todos nosotros y que nos pierdan de vista, quién sabe por cuánto tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Hopper K, Harrison G, Janca A, Sartorius N. Recovery from schizophrenia. An international perspective. A report from the WHO collaborative project, the international study of schizophrenia. Oxford: Oxford University Press, 2007.