

Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental Hacia el sistema integrado de salud

Foro de
discusión

Comentario al trabajo "Guía clínica para la psicoterapia"

Autor

Ángel M. Ginés

Médico Psiquiatra.
Profesor de Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina.
Director del Programa Nacional de Salud Mental (MSP - DIGESA).

"Guía clínica para la psicoterapia"¹ de R. Bernardi, D. Defey, A. Garbarino, J. C. Tutté y L. Villalba es un encomiable trabajo, que desborda su título y se expande en un análisis de situación y del desarrollo histórico y hacia el futuro de la psicoterapia en nuestro país.

Sus autores realizan una amplia y profunda revisión del estado de la psicoterapia y de los avances de las últimas décadas; de su expansión como instrumento indispensable hacia diversos campos de la salud/enfermedad para responder a las problemáticas de la población; del florecimiento de una buena variedad de escuelas o proyectos de psicoterapia, pero, a la vez, de su fértil interacción, que el año pasado culminó con la formación de la Federación Uruguaya de Psicoterapia; de las nuevas vías de educación de jóvenes con la creación del Programa de Formación en Psicoterapia en Servicios de Salud, en el marco de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, que este año recibe su segunda generación de varias decenas de psicólogos, residentes y posgrados de psiquiatría y docentes de servicios de salud mental. Y finalmente, pero de la mayor jerarquía, los nuevos modelos de investigación para transformar la psicoterapia, de arte que es y seguirá siendo, en arte sostenido en pruebas científicas, en el movimiento universal de servicios de salud sustentados en comprobaciones (Medicina Basada en la Evidencia).

El trabajo culmina con diez recomendaciones de alto interés que recogen los cambios acumulados e incluyen algunos de los fundamentos de la renovada psicoterapia que estamos construyendo. La Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM, de aquí en adelante) tendrá en esas recomendaciones, 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.

Las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy a los mejores niveles de la medicina y están densamente comprobadas para los agentes neurobiológicos, para las psicoterapias de diversa orientación teórica y técnica y para los dispositivos psicosociales y educativos. Este efectivo conjunto y, más aun, su empleo combinado –cuando corresponde–, permiten multiplicar y elevar la calidad de las intervenciones no sólo en prevención secundaria –que durante mucho tiempo fue el lugar exclusivo de las acciones– sino en prevención primaria y terciaria.

Habida cuenta de la bondad y amplitud del trabajo que comentamos –que merece una amplia discusión colectiva–, nos limitaremos a enfatizar, desde la experiencia acumulada en los servicios universitarios, en especial desde el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, tres cuestiones que son estratégicas: a) la construcción del sistema nacional integrado de salud; b) la construcción de servicios de psicoterapia y c) la investigación en psicoterapia, cuestión cardinal para avanzar hacia un arte fundado en comprobaciones.

Construir un sistema nacional integrado de salud es una de las tareas prioritarias de la sociedad uruguaya para el período histórico que se ha abierto. Esta transformación profunda, con cambio del modelo asistencial, del financiamiento y la gestión y participación activa, consciente y organizada de la sociedad, debe comenzar en las adversas condiciones de un estado de emergencia social que nos afecta e impone intervenciones sanitarias y sociales urgentes y extendidas.

Nuestros emprendimientos deben emplear las acciones sanitarias y sociales en la emergencia social como primer escalón hacia el cambio en la asistencia con énfasis en el primer nivel de atención.

En este contexto: ¿cómo asegurar una participación comprometida, solidaria e

inteligente del PNSM –es decir, de todos sus protagonistas– en estas vitales cuestiones de nuestra sociedad?

Estos temas estratégicos son tareas políticas mayores o en gran escala. Existen otras tareas históricas que interactúan con salud/enfermedad y tienen el mismo carácter imprescindible: educación, arte, ciencia y tecnología; sobre el cauce de un desarrollo social y productivo sostenido y con justa distribución de los bienes materiales y culturales.

Hablamos de política en gran escala. Política entendida como el conjunto de todos los instrumentos de la cultura, empleados para producir transformaciones que mejoren la condición humana, en una sociedad y un período histórico concreto.

Y política en gran escala es conflicto en gran escala, porque incluye los intereses sociales confrontados, las cuestiones de poder, el Estado, las instituciones públicas y privadas, las corporaciones nacionales y transnacionales y las fuerzas sociales en movimiento.

La transformación del sector salud tuvo cita vital en el reciente ciclo electoral. El espacio de soberanía que obtengan las fuerzas sociales que aspiran a estos cambios, determinará el curso futuro de los acontecimientos en los problemas de salud/enfermedad de la población, incluida la psicoterapia.

La construcción de servicios de psicoterapia en el sistema nacional integrado de salud

Veinte años atrás, luego de décadas de iniciativas frustradas, en el propicio ambiente de la apertura democrática un movimiento de amplia participación promueve el PNSM. Su trayectoria tuvo progresos e involuciones, pero hoy se comprueban avances notorios². En el ocaso del “modelo asilar”³ se ha generado una nueva situación, en la que se mezclan claridades y oscuridades. Aun cuando persisten oscuridades inaceptables⁴, un nuevo estilo de asistencia está naciendo. Las aspiraciones contenidas en el PNSM tuvieron buen impacto sobre la psicoterapia histórica, enmarcada exclusivamente en el ejercicio profesional liberal.

Tres direcciones principales, ampliamente conectadas, se abrieron con el PNSM: la primera recogió la Atención Primaria en Salud como estrategia principal; la segunda dirección consistió en el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera apuntó a los nuevos modelos de asistencia integral de las personas que padecen psicosis y a la reestructura del Hospital Psiquiátrico y la Colonia de Alienados⁵. La vitalidad de estos cambios tuvo principal expresión en el sector público de la asistencia (que cubre, en forma creciente, la mitad de la población), pero no logró movilizar aún al sector de la asistencia médica colectiva de prepago (que cubre la otra mitad).

Así fue posible avanzar sobre los problemas históricos más importantes de la psiquiatría y de la salud mental que afectaron a nuestra sociedad: la segregación y concentración asilar de enfermos mentales y la incapacidad de introducir la psicoterapia a los servicios públicos y a la medicina de prepago. Sobre esas problemáticas históricas aún pendientes, la prevalencia de fin de siglo nos desafía agregando nuevos problemas, condicionados por el grave deterioro económico con claros síntomas de descomposición social y cultural. Para afrontar esta ardua y adversa problemática, los programas psicosociales y de psicoterapia resultan imprescindibles.

La asistencia en psicoterapia, cuyas actividades se realizaban exclusivamente en el ámbito del ejercicio profesional liberal, se ha desarrollado y consolidado en los servicios públicos y universitarios. En la Clínica Psiquiátrica universitaria ese impacto promovió la construcción de un servicio de psicoterapia en el Hospital universitario y un servicio de rehabilitación psicosocial para pacientes psicóticos⁶ –CIPRES– en Plaza Zabala. Ambas propuestas resultan ejemplares para estudiar y resolver los problemas que implica la construcción de servicios de psicoterapia y psicosociales aptos para ser incorporados al sistema nacional de salud.

Ya en los primeros años, el PNSM mostró fuertes carencias en metodologías apropiadas para evaluar y ajustar los cambios en curso y conocer la opinión de los actores.

Resultó imprescindible, además, la investigación dirigida a estudiar los efectos a corto, mediano y largo plazo de los planes terapéuticos y la posibilidad de predecir qué procedimientos o qué combinación de ellos resultarían más efectivos para grupos particulares de pacientes y aun para cada paciente, con mejor desempeño costo/beneficio y en calidad de existencia.

Esta orientación de la Clínica Psiquiátrica universitaria hacia una metodología científica apropiada en todas sus actividades^{7,8} converge con el notable aporte de Sackett y otros al desarrollo de la Epidemiología Clínica⁹ y más adelante la Medicina Basada en Comprobaciones¹⁰ (traducción más ajustada en español, a su condición científica, que “evidencia”).

La investigación sistemática del servicio docente asistencial tomó dos direcciones que resultaron inseparables: el estudio de la disposición subjetiva de los protagonistas –Estado de Opinión– y el estudio de las tareas programadas –Investigación de Procesos y Resultados⁷.

El Estado de Opinión es un indicador complejo y altamente subjetivo pero decisivo, pues refleja el ánimo de los protagonistas –personal y usuarios de los servicios en el aprendizaje y la asistencia– hacia los programas docente asistenciales. La Investigación de Procesos y Resultados espera, en cambio, valorar los efectos benéficos, adversos o superfluos de los programas en curso, reduciendo en lo posible el componente subjetivo de la evaluación. En nuestra experiencia ambas perspectivas resultan condiciones necesarias de la evaluación; más aun, hemos comprobado que a veces tienen la misma dirección y otras están en franca discrepancia, circunstancia que enriquece la inteligencia de análisis y la toma de decisiones.

Construir un proyecto de investigación para estas cuestiones es tarea compleja y de largo aliento. Se trata de avanzar el arte en salud/enfermedad hacia un arte sostenido en comprobaciones.

Una serie de circunstancias nos permitieron aprender y progresar en esa dirección en el Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas. Este Programa, con dieciocho años de actividad ininterrumpida, asistió más de mil usuarios y

fue el primero en consolidarse en un servicio de salud.

El Programa constituyó una propuesta universitaria con el objetivo estratégico de modificar tres obstáculos insolubles para los emprendimientos profesionales privados:

- su incapacidad de constituirse en recurso de salud apropiado y accesible a la población;
- el desarrollo separado, incomunicado y muchas veces confrontado de las diversas escuelas de psicoterapia y el divorcio de todas ellas de las demás acciones en salud;
- el retraso en emplear metodologías de investigación que ampliaran y potenciaran el método clínico tradicional; se desecharon otras metodologías y en especial el importante número de pacientes que transitó esas experiencias sin dejar rastros pasibles de procesamiento.

Convergiéron en el Programa universitario diversas orientaciones (psicoanálisis, psicodrama, terapia cognitivo conductual, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica, psicósomática) con técnicas individuales, grupales y familiares; amplia cobertura de situaciones: adolescentes, adultos y familias y amplio espectro de trastornos abordados, problemáticas existenciales, neurosis, trastornos de personalidad, psicosis. La propuesta de fines de los años ochenta, incluyó los siguientes objetivos:

1. Diseñar estrategias psicoterapéuticas adaptadas a las demandas de la población. Estas actividades tienen como meta ampliar los recursos del sistema de salud.
2. Coordinar aportes de las diversas escuelas que existen en nuestro medio –y que trabajaban separadamente– de modo de generar en la práctica clínica en común, modelos adaptados u originales.
3. Investigar y evaluar sistemáticamente los programas en desarrollo.
4. Emplear intensamente estas actividades en la formación y el perfeccionamiento de los recursos humanos en salud.
5. Establecer el intercambio y la cooperación con instituciones científicas y de asistencia.

Describiremos el subprograma de Psicoterapia Psicoanalítica Individual, a partir de los

trabajos publicados¹¹⁻¹⁴, ya que aporta información protocolizada y sistemática con Equipo de Investigación incorporado a permanencia, y que ejemplifica respecto de la creación de servicios de psicoterapia e investigación en psicoterapia en servicios de salud.

Marco conceptual

Estuvo influido por la psicoterapia psicoanalítica, de larga tradición en nuestro medio. Se consideraron las propuestas de “psicoterapias breves” del ámbito internacional, pero no se adscribió a ellas. Las pautas terapéuticas resultaron flexibles: sin planificación estricta, focalización ni selección preferencial o excluyente de instrumentos técnicos; en general, la escucha abierta –incluida obviamente la psicoanalítica– constituyó el conductor principal de la tarea.

Para cada paciente se discutió colectivamente la indicación, se estableció los objetivos y casi siempre se propuso el límite temporal de un año sujeto a revisión y eventual recontrato.

Modelo organizativo del servicio de psicoterapia

En el diseño del servicio se destacan cinco componentes:

a. Indicación, admisión, registro y control evolutivo.

El Programa recibe solicitudes de psicoterapia por indicación de médico psiquiatra. Los pacientes admitidos responden a un amplio conjunto de indicaciones para trastornos mentales, clasificados en CIE-10 o DSM-IV (o que no clasifican como trastorno pero merecen atención psicoterapéutica).

Se discute colectivamente la indicación, se establece los objetivos y se propone un límite temporal, con posibilidades de recontrato.

La frecuencia es semanal con sesiones de 45 a 50 minutos, salvo que la problemática amerite otra frecuencia.

Todos los tratamientos son supervisados.

Los usuarios y los técnicos deben comple-

tar los formularios de evaluación y control previstos por el Programa, que se describen más adelante.

Tres espacios con ritmo semanal:

b. La psicoterapia: interacción propia del paciente y el terapeuta, en un consultorio de la Policlínica Psiquiátrica. El único registro empleado, con consentimiento del paciente, es el manuscrito del terapeuta.

c. La supervisión o interconsulta grupal: un supervisor o consultante con hasta ocho terapeutas en actividad o en espera.

d. El ateneo de psicoterapia, donde los terapeutas presentan a la discusión general las situaciones clínicas relativas a la indicación, el desarrollo y la culminación de la psicoterapia.

Un dispositivo adjunto:

e. Investigación y control de calidad del Programa. Este componente, en nuestra opinión, es condición indispensable para calificar al conjunto como servicio de psicoterapia.

Estrategia y metodología de investigación. El Equipo de Investigación

El objetivo del Equipo fue desarrollar y profundizar una metodología de investigación en psicoterapia dirigida a perfeccionar programas, técnicas y prácticas adaptadas a los sistemas sanitarios.

El Equipo de Investigación y sus actividades son externos a la tarea terapéutica. Constituyen una actividad de investigación incorporada o anidada a permanencia, pero independiente de la psicoterapia y sus agentes, con función heurística y de control de calidad.

El Equipo de Investigación se formó en 1990 y se mantiene en actividad plena; es de libre ingreso y ha tenido integrantes permanentes (B. Fernández, C. Gerpe, A. M. Ginés, G. Montado y A. Palermo) y temporales (J. Perelman, C. Ceroni, A. Fernández y L. Puerto). En su trabajo fundacional “Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad”¹¹, se introdujeron instrumentos cuantitativos de descripción y evaluación del Programa, constituyendo una novedad nacional y regional. Se

diseñó un primer protocolo que constó de dos partes. La primera parte relevó información sobre los terapeutas (filiatorios, formación curricular, tiempo dedicado a la actividad) y sobre la supervisión; la segunda, información sobre el paciente y la psicoterapia (filiatorios, origen de la solicitud, fecha de comienzo y terminación del tratamiento, objetivos propuestos y evaluación de resultados). Se obtuvo información de 74 psicoterapias (concluidas o en curso) realizadas por 27 terapeutas. Esa investigación retrospectiva permitió establecer algunas características de la población asistida, de los terapeutas, del curso temporal del procedimiento y establecer algunos controles de calidad. También mostró las fragilidades: a) no existía un banco de datos que concentrara la información de las psicoterapias (faltaban datos del 30% de los tratamientos del primer quinquenio); b) los diagnósticos eran insuficientes y no referían a un sistema clasificatorio internacional; c) los objetivos, los resultados y la evolución entre comienzo y finalización quedaban consignados con poca precisión.

A partir de 1992 se introdujeron cinco protocolos construidos por el Equipo y tres de Kenneth Howard y cols. del Programa de Psicoterapia del Instituto de Psiquiatría de Northwestern Memorial Hospital¹⁵⁻¹⁷. Todos están activos y producen información sistemática proveniente de pacientes, terapeutas, psiquiatras y de la propia psicoterapia al Banco de Datos. El Equipo obtiene, así, información de los agentes del proceso sin interferir ni implicarse en ese proceso.

La incorporación de los protocolos de Howard y cols. enriqueció la metodología en dos aspectos: se obtiene información aportada directamente por los pacientes y se emplea un instrumento similar al de otros equipos que facilita los estudios multicéntricos.

El Equipo realizó revisiones periódicas, transmitió la experiencia y los resultados en publicaciones y eventos nacionales y regionales y en medios de difusión^{18,19}. Cuatro proyectos de investigación merecieron la aprobación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad, tres de ellos con financiación²⁰⁻²³; un proyecto fue premiado para su realización, por la Sociedad de Psiquiatría²⁴. El Equipo elaboró el documento

político estratégico Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina²⁵ y el documento de acreditación Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas²⁶. A través de la Society for Psychotherapy Research (SPR) se obtuvo un valioso intercambio con investigadores y grupos destacados²⁷⁻³².

Esa orientación exigió una apertura en los métodos de investigación. El Equipo pudo comprobar que en los servicios públicos de salud esta apertura viene estimulada por diversos motivos: el interés incluye el caso individual pero también la población asistida, sus características demográficas y epidemiológicas, el acceso y la circulación en y hacia el servicio de psicoterapia; la financiación individual se vuelve colectiva con todas sus consecuencias; la preocupación por la efectividad, duración, costo/beneficio y controles de calidad pasa a ocupar un lugar importante; la selección impuesta por la modalidad de escuela debe ajustarse a la demanda de los usuarios; la soledad deviene equipo; la propuesta singular se entrama en el proyecto comunitario; el diseño excluyente accede a perspectivas múltiples y aun integradas.

Hubo que considerar estos problemas y en especial los relativos a las metodologías de investigación. Pudimos definir, esquemáticamente, tres direcciones metodológicas ineludibles:

1. El método clínico, que ha sido históricamente un instrumento principal de investigación en psicoterapia, y en general en medicina. Sus posibilidades son inagotables, pero su empleo exclusivo y excluyente genera limitaciones. Como toda metodología tiene su campo de soberanía con zonas de seguridad y zonas de riesgo, en particular, la generalización científicamente ilegítima de los hallazgos legítimos provenientes de un caso o un grupo limitado de casos.

2. El método epidemiológico permite incorporar al conocimiento teórico y técnico los aportes del estudio del conjunto de personas que transitan las experiencias terapéuticas –incluidos los terapeutas, sus diseños y sus núcleos de pertenencia– y el estudio de las problemáticas de las poblaciones más allá de

quienes acceden al recurso terapéutico. Se trata de enriquecer la metodología clásica con instrumentos pasibles de tratamiento cuantitativo y estadístico.

3. La investigación del proceso interno o íntimo. Esta línea de investigación exige desarrollar procedimientos válidos para esclarecer la sucesión de transformaciones en el paciente, en el terapeuta y en las interacciones entre ambos; transparentar la “caja negra”; poner en claro qué elementos aportan a la efectividad, cuáles son superfluos y cuáles, aun, pueden resultar adversos.

En nuestro medio dos servicios universitarios fueron los primeros en introducir nueva metodología de investigación en psicoterapia: la Clínica Psiquiátrica, metodología epidemiológica y el Departamento de Psicología Médica empleando el Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) de Luborsky^{33, 34}.

El empleo de metodología epidemiológica supuso la incorporación de instrumentos externos a la psicoterapia para ingresar la información, la construcción del Banco de Datos y el estudio cuantitativo a efectos descriptivos y de análisis de hipótesis; supuso, además, constituir un equipo exterior al de las psicoterapias, que las investiga en conjunto y emite conclusiones independientes de la opinión de los protagonistas. Las líneas desarrolladas incluyen: estudios de diversas características de los usuarios, de los terapeutas y del diseño; controles de calidad; circulación y acceso de los usuarios en la red social y en los servicios de salud; estudio de la duración de las psicoterapias; persistencia de los efectos terapéuticos.

Definimos esta tarea como investigación continua y de largo aliento sobre los procesos y resultados de la psicoterapia, con instrumentos de epidemiología de servicio, en la perspectiva de un arte sustentado en comprobaciones científicas.

La elaboración teórica y la formalización resultan ingredientes imprescindibles. Se empleó el marco conceptual del Modelo Genérico de Psicoterapia de Orlisnky y Howard que abarca la amplitud y complejidad de los procesos, los resultados y los agentes³⁵.

El Equipo introdujo, en 1994, la formulación

Duración de la Psicoterapia (D Pst). Durante mucho tiempo este problema fue abordado desde perspectivas, en general, muy especulativas y alejadas de la experiencia. Para avanzar en esta cuestión se convino agrupar las variables en cuatro conjuntos. Tres de esos conjuntos, bien conocidos, corresponden a las variables procedentes del usuario (U_i), del terapeuta (T_j) y del diseño o estrategia terapéutica (D_k). Sobre ellos ha recaído el peso de la polémica, y en el ajuste de esas variables se ha generado una buena parte de los diseños alternativos tendientes a reducir los tiempos. Un cuarto conjunto de variables, poco tomado en cuenta, proviene de la red o marco social (incluido el escenario institucional) en que se realiza la psicoterapia (R_l). Así nuestra hipótesis resultó, $D Pst = f(U_i, T_j, D_k, R_l)$ ³⁶.

Una tercera referencia empleada, de tipo operativa, es la relación dosis/efecto que permite articular los modelamientos generales con los datos de la experiencia³⁷.

Discusión de resultados y controles de calidad del programa

La investigación estableció la viabilidad del Programa de Psicoterapia. Transitaron por él más de tres centenares de pacientes, un centenar terapeutas en formación y veinte técnicos que aportaron supervisión y asesoramiento. La modalidad docente asistencial ha implicado la renovación periódica de los agentes. Los pacientes permanecieron entre tres meses y cuatro años y medio, y los terapeutas un promedio de cuatro años; en cambio, muchos de los técnicos con funciones docentes se han incorporado a permanencia asegurando su continuidad.

En los primeros años hubo un incremento sostenido y proporcional de ingresos y altas, sin tendencia a retener pacientes y sin lista de espera. Actualmente el número de pacientes es de 50, pero con igual número en lista de espera, situación indeseable y que indica la saturación de capacidad de respuesta. A ese volumen corresponden 50 terapeutas en actividad o en espera, 12 supervisores y cerca de 50 participantes en el ateneo (que también es excesivo). Los datos indican la

consolidación del Programa, pero aconsejan y habilitan descentralizarlo, acorde con los objetivos generales.

Control de la efectividad de la psicoterapia

La efectividad fue evaluada, como control de calidad, a la terminación del tratamiento y hasta cuatro años después de terminada la psicoterapia. Destacamos el alto porcentaje de seguimientos efectivamente concretados (42 en 50 casos), lo que demuestra la viabilidad de desarrollar esta forma de investigación en nuestro medio.

En opinión de los terapeutas se lograron los objetivos propuestos en el entorno del 70 a 80% para los siguientes aspectos investigados:

Resolución de un problema específico (70%).

Remisión de síntomas (68%).

Mejoría en los vínculos interpersonales (78%).

Mejoría en la inserción social (79%).

Mayor contacto con la conflictiva interna (66%).

En opinión de los pacientes encuestados la percepción de beneficios es ligeramente superior a la de los terapeutas. En relación con la persistencia de los efectos, los pacientes entienden que los logros se mantienen total o parcialmente, en el entorno del 65 a 85%, durante los cuatro años posteriores al alta. No se registraron efectos negativos al momento del seguimiento, salvo en un caso que manifestó sentirse “levemente peor”.

En un estudio posterior en el que se recoge la opinión de los psiquiatras tratantes –que formularon la indicación–, ellos no encontraron sintomatología en más de la mitad de los casos, al finalizar la psicoterapia, y reducción en el resto. En ese mismo grupo los terapeutas indicaron “asintomáticos” a un tercio y con reducción al resto. Los pacientes indicaron que se produjo una importante reducción de su sintomatología.

Estos resultados indican que nuestro modelo público y hospitalario está respondiendo con

propiedad a las demandas de los usuarios con amplia satisfacción de los actores.

Duración de la psicoterapia

El diseño suponía escoger la frecuencia. Casi la totalidad optó por una sesión semanal. En la mayoría de los casos se propuso una duración de un año con posibilidad de recontrato; en un 25% el tiempo quedó indeterminado. La tendencia promedio a producir el alta se incrementó en las diversas revisiones de 16 a 30 meses. En el estudio de control del año 2004, se comprueban notorias diferencias en relación con los datos de la primera década: la tendencia promedio a producir el alta se incrementó a 31 meses, las altas se reducen al 51% y las interrupciones se incrementan al 44%.

Estas notorias variaciones coinciden con una modificación implícita del diseño. Efectivamente, en este último año se reporta solamente un 15% de “contratos a término”, mientras al comienzo del Programa esta condición se cumplía en el 98% de los tratamientos. Los pacientes, sin embargo, en porcentajes iguales indicaron que la duración fue apropiada o insuficiente; solo un 10% la consideró excesiva.

Las duraciones extremas estuvieron entre 3 y 56 meses, lo que indica que diversos grupos de pacientes obtuvieron el alta en tiempos notoriamente diferentes; por un extremo se aproximaron a las “psicoterapias breves” y por el otro a las psicoterapias psicoanalíticas tradicionales.

Está pendiente esclarecer los motivos de esta amplia variación y la fuerte tendencia a incrementar la duración que ha tenido el programa. La información del Banco de Datos parece apuntar a un alto porcentaje de pacientes con importantes trastornos; sólo un 12% clasificó como “situación que merece asistencia aunque no clasifica como trastorno clínico”. Los motivos de esta selección de “pacientes con importantes dificultades” parecen provenir de la ubicación del programa en la red asistencial. En efecto, el programa no toma contacto con los pacientes al producirse la afectación subjetiva o psicosocial sino luego de uno o más eslabones (Emergencia, Policlínica General, Policlínicas

Especializadas); recién cuando los estudios y las terapéuticas allí realizadas han fracasado o el curso evolutivo es azaroso o se complica, los pacientes son dirigidos al programa de psicoterapia. Un estudio del equipo mostró que un elevado grupo es derivado después de muchos años de asistencia en servicios médicos, sin los resultados esperados.

En un nuevo Proyecto aprobado y financiado por CSIC²³ se espera progresar en el esclarecimiento de la duración de la psicoterapia en función de las variables del paciente, del terapeuta, del diseño y de la red social (y sanitaria), estudiando la relación dosis/efecto a partir de la información aportada por los tres actores. Se espera, además, progresar en la construcción de indicadores y controles de calidad del Programa de Psicoterapia.

Tres desvíos extremos en esta experiencia deben destacarse

Del casi centenar de terapeutas en formación y docentes consultores el 90% son mujeres, el 95% son psicólogos (bien llamativo para un servicio docente asistencial que, aunque abierto, forma médicos y psiquiatras) y el 95% realizan sus tareas en forma honoraria, es decir, sin cobro de servicios.

La actividad honoraria es una condición necesaria para la realización del programa. Varios factores parecen intervenir en esto: las tradiciones solidarias y de gratuidad de nuestros servicios educativos y asistenciales, la alta demanda de atención no satisfecha, las aspiraciones de formación en servicio de los jóvenes graduados, la rica actividad de los centros públicos y universitarios de salud, la disposición de técnicos y profesionales hacia los servicios abiertos a la comunidad, el interés por la docencia y la investigación. Quince años atrás pensábamos: “estas condiciones de actividad, huérfanas de aporte financiero, sorprenden en su vitalidad tanto como inquietan respecto de su destino”. Hoy están consolidadas y muestran tendencia a expandirse.

Destacamos finalmente que esta experiencia se desarrolla en el contexto político del Programa Nacional de Salud Mental que apunta a enlazarse con todas las acciones en salud

para construir un sistema nacional integrado con firmes bases solidarias, humanistas, científico-técnicas y que nuestra población pueda sostener.

Su rumbo tiene dimensiones éticas. Fue así al concebir el Programa de Salud Mental y el Proyecto universitario de psicoterapia en 1986. Cinco años después, la universalidad de esta perspectiva fue proclamada en los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, aprobado por Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1991, cuyo primer numeral reza: “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitario y social”.

Agradecimientos

A la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República, sin cuyas pautas y estímulos no hubiéramos podido desarrollar el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas.

Referencias bibliográficas

1. **Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L.** Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(2):99-146.
2. **Arduino M, Porciúncula H, Ginés AM.** La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. Rev Psiquiatr Urug 2000; 64(2):302-316.
3. **Ginés AM.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. Rev Psiquiatr Urug 1998; 62(2):37-40.
4. **Ginés AM.** La honda de Murguía. Rev Psiquiatr Urug 2003; 67(2):172-180.

5. **Arduino M, Ginés AM.** Noventa años de la Colonia Etchepare. *Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66(2):119-127.
6. **Palleiro E.** Alternativas técnicas y observaciones psicopatológicas en la psicosis. *Rev Psiquiatr Urug* 1996; 60:7-32.
7. **Ginés AM.** Hacia la Calidad de Atención en Psiquiatría y Salud Mental con Metodología Científica Apropiaada. En: *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (1943-2003)*. Publicación de la Clínica Psiquiátrica. Fac. de Medicina. Universidad de la República. Uruguay, 2004.
8. **Ginés AM.** Autoevaluación del servicio de psiquiatría. *Jornadas Científicas en Psiquiatría y Jornadas docente asistenciales del Dpto. de Educación Médica*, 1992.
9. **Sackett DL, Brian Haynes R, Guyatt G, Tugwell P** *Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.
10. **Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W, Rosenberg W, Brian Haynes R.** *Medicina Basada en la Evidencia*. Madrid: Ediciones Harcourt; 2001.
11. **Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A, Ginés AM.** Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad. En: *La Neurosis Hoy. VII Jornadas Científicas de APU*, 1993.
12. **Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Perelman J, Ginés AM.** Estudio sobre la persistencia de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica. En: *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados*. Investigaciones empíricas. Society for Psychotherapy Research, Cap. Latinoamericano. Editora de la Universidad Católica de Pelotas. Pelotas, 2000.
13. **Ginés AM, Ceroni C, Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, et al.** Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia. En: *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados*. Investigaciones Empíricas 1993-1994. SPR, Cap Latinoam Corp de Promoción Universitaria. Santiago de Chile, 1995.
14. **Montado G, Fernández B, Gerpe C, Palermo A, Ginés AM.** Investigación de resultados terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica hospitalaria. En: "Desafíos a la psicoterapia", 4º Congreso de AUDEPP. Montevideo 2001, p. 110.
15. **Howard KI, Orlinsky DE, Lueger RJ.** The Desing of Clinically Relevant Outcome Research: Some Considerations and an Example. *Research Foundations for Psychotherapy Practice*. Edited by M. Aveline and D.A. Shapiro. Mental Health Foundation and Individual Contributors. Published by John Wiley and Sons Ltd, 1995.
16. **Howard KI, Orlinsky DE and Lueger RJ.** Clinically Relevant Outcome Research in Individual Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165, 4-8.
17. **Howard K.** The research Project on Long-Term Psychotherapy: Patient, Process and Outcomes. Department of Psychology; Institute of Psychiatry, Northwestern Memorial Hospital (1988-1993).
18. Efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos efectuados en la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas. En: "Noticias del Clínicas". Año dos - Número cinco. Setiembre 2001.
19. Primer seguimiento hospitalario de pacientes en psicoterapia reveló alto grado de satisfacción. *Semanario "Búsqueda"*; 21/6/2001, p. 25.
20. **Ceroni C, Palermo A, Montado G, Puerto L, Gerpe C, Fernández B, Perelman J y Ginés AM (Tutor).** La efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos realizados en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas. (Proyecto de Investigación con aprobación académica de CSIC de la Universidad de la República 1995). Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina de UDELAR.
21. **Palermo A, Gerpe C, Montado G, Fernández B y Ginés AM (Tutor).**

Investigación sobre la efectividad y adecuación de los tratamientos psicoterapéuticos al modelo hospitalario en un servicio de salud mental. (Proyecto de Investigación con aprobación académica y financiación por CSIC de la Universidad de la República, por un período de 24 meses, 1997.) Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina de UDELAR.

22. **Ginés AM, Fernández B, Gerpe C, Montado G y Palermo A.** Estudio multifactorial sobre la persistencia de los efectos psicoterapéuticos en un programa de psicoterapias hospitalarias. (Proyecto de Investigación con aprobación académica y financiación por CSIC de la Universidad de la República, por un período de 24 meses, 1999.) Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina de UDELAR.
23. **Ginés AG y col.** “Relación dosis/efecto de los tratamientos psicoterapéuticos en servicios de salud”. (Proyecto de Investigación con aprobación académica y financiación por CSIC de la Universidad de la República, por un período de 24 meses, 2004.) Hospital de Clínicas. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina de UDELAR.
24. **Puerto L, Ginés AM, Perelman J, Ceroni C, Palermo A, Montado G, et al.** Investigación en un programa de psicoterapia psicoanalítica a nivel institucional. Primer Premio-Beca de Investigación Sociedad de Psiquiatría - Lab. Rhone Poulenc-Rorer, 1993. *Rev Psiquiatr Urug* 1993;328:59-63.
25. **Ginés AM.** Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. En: “Caminos de la Psicoterapia”. *Rev de Psicoterapia Psicoanalítica* 2002; VI(2).
26. Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas. (Documento de Acreditación). Clínica Psiquiátrica, Hospital de Clínicas, 2002.
27. **Bernardi R, Montado G, Rivera J, Defey D, Fossati G, Zas A.** Psicoterapias focalizadas. Percepción del proceso y de los resultados en pacientes y psicoterapeutas. En: *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994.* SPR, Cap Latinoam. Corp de Promoción Universitaria. Santiago de Chile, 1995.
28. **Jiménez JP.** El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En: *Psicoterapia Focal.* Montevideo: Roca Viva; 1995.
29. **Kächele H.** Aspectos clínicos y científicos del modelo de proceso psicoanalítico de Ulm. En: *Psicoterapia Focal.* Montevideo: Roca Viva; 1995.
30. **Poch J, Ávila Espada A.** Investigación en Psicoterapia. *La Contribución Psicoanalítica.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1998.
31. **Psicoanálisis. Focos y aperturas.** Montevideo: Psicolibros; 2001.
32. **Töma H, Kächele H.** Teoría y Práctica del Psicoanálisis. Barcelona: Herder; 1989.
33. **Gril S e Ibáñez A.** El CCRT, una metodología de investigación en psicoterapia. Resultados preliminares en un estudio exploratorio. *Jornadas Científicas en Psiquiatría.* Montevideo, 16 al 18 de octubre 1997.
34. **Luborsky L.** Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy. The core conflictual relation theme. En: *Freedman N. and Grand S: Communicative structures and psychic structures.* New York: Plenum Press; 1977, 367-395.
35. **Orlinsky DE, Howard KI.** A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 1, 1987. Brunner/Mazel, Inc.
36. **Ginés AM, Montado G.** El problema de la duración de las psicoterapias. En: *Psicoterapia Focal.* Montevideo: Roca Viva; 1995, pp. 161-169.
37. **Howard KI, Mark Kopta S, Krause MS and Orlinsky DE.** The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, feb 1986.