

PSICOLOGIA VS PSIQUIATRIA ¿LUGAR DE ENCUENTRO O DIVERGENCIA?

Francisco Chicharro. Médico psiquiatra.*

A la hora de introducir el tema que hoy nos ocupa, parece oportuno hacer un repaso de los factores que han podido influir en que disciplinas tan afines hayan tenido una historia de continuos desencuentros.

Probablemente un factor fundamental en la relación psicología clínica-psiquiatría, haya sido el origen de la primera de mano de la medicina. Esta circunstancia ha marcado con un sesgo especial a la psicología clínica y la búsqueda de su espacio, a la relación terapéutica, con un modelo médico -al menos en sus inicios- y por tanto a la resistencia de los pacientes a un enfoque psicológico-activo, prefiriendo en muchos casos aceptar el papel pasivo que les tenía reservado la medicina tradicional desde un modelo paternalista.

Por otra parte, los factores ideológicos y económicos han influido sobremanera en esta relación. El esfuerzo del estamento médico -salvo excepciones- por mantener un supuesto poder, llevó a una concepción biologicista a ultranza, apoyada en períodos concretos por regímenes que vivían como peligrosa la concepción psicológica de la enfermedad mental. En ese sentido no es casualidad que en el período de la dictadura del General Franco en España¹, y al mismo tiempo en la antigua Unión Soviética, estuviera proscrito el psicoanálisis.

O PRESIÓN/LIBERACIÓN

"La psiquiatría (el psiquiatra) como opresora y la psicología (el psicólogo) como liberadora." Este aforismo ha sido, y es todavía, origen de enfrentamientos entre ambas disciplinas.

Desgraciadamente la psiquiatría, sobre todo en sus inicios, se ha visto obligada a ejercer, al margen de la estrictamente terapéutica, una función social en dos sentidos: por una parte el manicomio se convirtió en un *"refugio para locos pobres, necesitados de un medio protegido de vida"*. Por otra, ejerció una *"función de protección de la sociedad frente a un grupo de población, generalmente inclasificable desde la psicopatología, que transita en el límite de la legalidad y cuya forma de vida no suele ser aceptada por la mayoría"*².

El listado de personas susceptibles de ser "arrestados" por la milicia e ingresados en el Hospital de La Salpêtrière, en París (1656) era el siguiente: *"Mendigos y vagabundos, gentes*

*sin hacienda, sin trabajo o sin oficio, criminales, rebeldes, políticos y herejes, prostitutas, libertinos, sifilíticos y alcohólicos, locos, idiotas y hombres estrafularios"*³.

En el siglo XVII esta era la respuesta a la desorganización social y la crisis económica que los cambios en los modos de producción provocaron entonces en Europa.⁴

Tres siglos después, la psiquiatría sigue ligada a las circunstancias sociales. En España y heredada de la legislación de Mussolini, estuvo vigente desde 1928 la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, que solo fue derogada al final de la Dictadura y que permitía, en base al término "degeneración", el internamiento de *"esas naturalezas degeneradas, clase peligrosa, representantes malditos de las más perversas tendencias del espíritu, de los más deplorables desvaríos del corazón humano"*⁵. Así, locos, alcohólicos, criminales, artistas, revolucionarios, etc. eran susceptibles de ser reclusos (recordemos de nuevo lo sucedido en la antigua Unión Soviética).

¹ Cuando por otra parte, el primer artículo de S. Freud traducido a otra lengua, fué editado en España. ² M.Desviat: "La reforma psiquiátrica". Edic. Dor, S.L. 1994. ³ Dörner K: "ciudadanos y locos". Edit. Taurus, 1974. ⁴ M.Desviat: "La reforma psiquiátrica". Edic. Dor S.L., 1994. ⁵ Morel B.A.: "Traité des degenerescences...", Paris, 1857.

Los aspectos tenebrosos de distintas técnicas psiquiátricas (encierro, camisas de fuerza, electrochoque) han sido utilizados de forma poco afortunada a lo largo de la historia del cine: "*Corredor sin retorno; Alguien voló sobre el nido del cuco; La naranja mecánica*", son algunos de los títulos que han engrosado la mitología sobre el horror del quehacer psiquiátrico. Para todos resulta evidente que esas prácticas no existen en la actualidad, pero se sigue criticando la "camisa de fuerza química" que constituye el empleo de psicofármacos. Con frecuencia se olvida que gracias a los psicofármacos las enfermedades mentales graves, antes condenadas al encierro de por vida, pudieron ser tratadas, abriéndose la posibilidad de acceso a otros tipos de abordajes (las psicoterapias -la psicología-) hasta entonces imposibles en estos pacientes.

La mayor disponibilidad de métodos de abordaje supuso al mismo tiempo el comienzo del debate entre unas y otras formas de terapia: farmacológica-psicológica, y aún dentro de esta las distintas escuelas y corrientes.

REVOLUCIÓN/ALIANZA

En los años 60, de prosperidad y ruptura con lo establecido, surge la antipsiquiatría, que ahora niega la enfermedad mental y parece querer hacer pagar a los psiquiatras su anterior "connivencia con el poder". En la época del "*haz el amor no la guerra*", psiquiatría y psicología se atreven a esbozar un proyecto de futuro común. Se retoma el interés de los psiquiatras por el psicoanálisis, siendo casi general el estudio de dicha disciplina por parte de los psiquiatras formados en las décadas de los años 60 y 70.

Son momentos de efervescencia social, política y cultural. Hay un deseo de compartir, y son numerosos los psicólogos y psiquiatras que se agrupan en busca de un modelo común. Esto probablemente propició la entrada de la psicología en el Sistema Público de Salud.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El advenimiento de la democracia en España trae que desde finales de los años 70 y principios de los 80, los Ayuntamientos creen los CPS (*Centros de Promoción de la Salud*), cuya filosofía era la prevención, y con equipos formados por médico, psicólogo, ginecólogo y enfermería. Se trataba de cubrir las carencias de atención a los problemas psicológicos y control de la natalidad. Probablemente por vez primera la psicología forma parte, en igualdad de condiciones, con la medicina.

A mediados de los años 80 se crean los *Centros de Salud Mental*⁶, cuyo equipo mínimo consistía en psiquiatra, psicólogo, enfermera y administrativo. El entusiasmo con que se emplearon estos primeros equipos fue encomiable, contagiando a compañeros que prestaban sus servicios en Administraciones distintas, lo que llevó en algunos casos a hacer una integración funcional de recursos, que iba por delante de la legislada.

Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, la asistencia psiquiátrica era prestada por el INSALUD, el Servicio Regional de Salud de la C.A.M., los distintos ayuntamientos, la Cruz Roja y -fundamentalmente para pacientes crónicos- diferentes ordenes religiosas.

Algunos profesionales decidieron que el modelo de trabajo en equipos multidisciplinares era el que más atractivos ofrecía, pasando así a integrarse funcionalmente profesionales de INSALUD, C.A.M. y ayuntamientos. Posteriormente se legislaría en este sentido, dando cobertura legal a algo que se había establecido mediante acuerdos de menor rango.

ORGANISMOS CON COMPETENCIAS EN SALUD MENTAL

INSALUD
SERVICIO REGIONAL DE SALUD
AYUNTAMIENTOS
CRUZ ROJA
ORDENES RELIGIOSAS

⁶ Los C.S.M. vienen a sustituir a las antiguas consultas de Neuropsiquiatría del INSALUD, donde un "neuropsiquiatra" atendía diariamente -en dos horas- una media de 50-60 pacientes. Esta era hasta entonces la única asistencia no hospitalaria que se ofertaba.

La integración funcional de los distintos profesionales, la creación de centros, las nuevas contrataciones, consolidaron las plantillas de profesionales de salud mental.

LA PLANTILLA

La plantilla (limitándonos a psiquiatras/psicólogos) de la red de Salud Mental en Bizkaia es la siguiente:

RECURSOS HUMANOS RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA

	PSIQUIATRAS	PSICÓLOGOS
HOSPITALES	46 (90%)	5 (10%)
EXTRAHOSPITALARIOS ⁷	60 (82%)	37 (38%)
CENTROS CONCERTADOS	6 (35%)	11 (65%)
TOTAL	112 (68%)	53 (32%)

LOS PROBLEMAS

La presión asistencial

El entusiasmo inicial fue debilitándose en el transcurso de los años por distintas razones, entre otras por la presión de la demanda.

El cambio de nombre -de Consultas de Neuropsiquiatría a Centros de Salud Mental- por más que haya estado cargado de buenas intenciones, tratando de eliminar el estigma que rodeaba a la locura, ha provocado una indefinición de la oferta, y por tanto una demanda indiscriminada.

Por otra parte, la salud, el bienestar, han dejado de ser una suerte para convertirse en "un derecho". Hemos caído en la contradicción de que en un momento de inflación del malestar⁸. ¿Como extrañarnos de que cada vez sea menor la tolerancia al dolor o la frustración y mayor la exigencia y la depositación?: "Vd. tiene que curarme". Aunque no sepamos como ni de que.

DEMANDA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA EN BIZKAIA

VOLUMEN	1993	1997	+-%
Pacientes nuevos	9.711	10.932	+ 13%
Total p.a.c. en tratamiento	27.546	37.757	+ 37%
MODALIDAD DE ATENCION			
Consulta evaluación	26.545	31.014	+ 17%
Consulta seguimiento	101.929	141.316	+ 39%
Terapia individual	45.250	51.682	+ 14%
Terapia grupal	13.284	10.820	- 19%
Otras intervenciones	46.555	90.492	+ 94%
TOTAL CONSULTAS	233.563	325.324	+ 39%

LAS FORMAS DE INTERVENCION

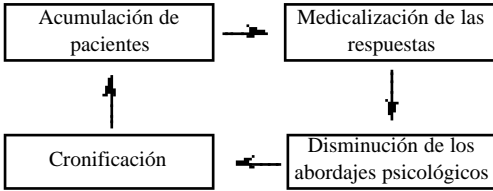
Al aumento de la demanda se ha respondido con una disminución de las psicoterapias, primando las consultas farmacológicas. Al malestar que supone la cada vez mayor inco-municación respondemos negando la palabra.

- 1.La modalidad "consulta de seguimiento" ha aumentado en un 39%
- 2.La terapia individual ha aumentado solo un 14%
- 3.La terapia grupal ha descendido un 19%!

La conclusión que se puede sacar de estas cifras es que paulatinamente pierden peso los abordajes psicológicos. Si tenemos en cuenta que en los centros extrahospitalarios, que es fundamentalmente de donde se han extraído los datos, el 38% de la plantilla son psicólogos, se puede observar que la actividad se ha mantenido prácticamente igual (58.534 psicoterapias en 1993 y 62.502 en 1997 –aumento de un 6%-) a pesar de que los pacientes en tratamiento han aumentado un 37% en ese periodo.

Así, las modalidades de atención cronicantes son responsables en gran parte de ese acumulo de pacientes en tratamiento.

⁷ Incluye C.S.M., Hospitales de Día, tec. ⁸ El desarraigo, la falta de redes familiares y sociales, el paro, etc., sojn aspecto que -una vez más los avatares sociales- ha influido sobremanera en la demanda, tanto cuantitativa como cualitativa.



LOS PSICOLOGOS EN EL SISTEMA PUBLICO

¿Que han hecho durante estos años los psicólogos del Sistema Sanitario Público?. ¿Que ha hecho a su vez el Sistema Sanitario con ellos?. Evidentemente la respuestas serán diferentes. Vamos a hacer un ejercicio de rol playing, y coloquémonos en el lugar de cada uno:

LAS QUEJAS DE LOS PSICÓLOGOS

- 1.No se nos ha reconocido en la mayoría de las Administraciones como personal sanitario.
- 2.El programa de formación PIR (Psicólogo Interno Residente) no termina de desarrollarse.
- 3.Cobramos menos que un psiquiatra (solo en algunos casos y debido al punto 1).
- 4.No somos ayudantes de nadie. No estamos para hacer tests.
- 5.Con la presión asistencial que hay, no se pueden hacer psicoterapias.

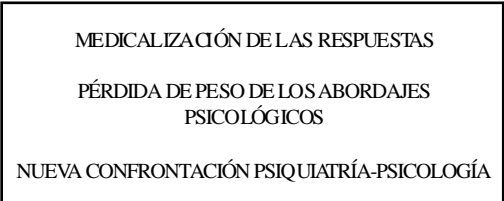
LAS RESPUESTAS DE LA ADMINISTRACIÓN (de la última queja a la primera)

- 1.Pues si no pueden hacer psicoterapias ¿que hacen?.
- 2.¡Ah! ¿Y tampoco hacen tests?.
- 3.Tráigame el número de consultas atendidas por el psiquiatra y por el psicólogo.
- 4.¿Y para que?
- 5.No sabe no contesta.

Es un tema suficientemente serio como para ironizar, pero no podemos ignorar a los políticos sanitarios, gestores, administradores, etc., porque al final son quienes deciden en cuanto al reparto de fondos y el modo de emplearlos.

Por otra parte, que la masificación de los centros haya recibido una respuesta casi exclusivamente psiquiátrica, ha tenido los efectos nocivos que hemos visto y producido una nueva confrontación psiquiatría-psicología.

EFFECTOS DELAUMENTO DE LA DEMANDA



El cambio producido en la sociedad en los últimos veinte años, se manifiesta incluso en el lenguaje que se utiliza en el sistema sanitario: "usuarios, clientes, coste por proceso, catálogo de prestaciones, contrato programa.". Y una pregunta lógica: ¿cómo se ubica la psicología en este proceso?. En mi opinión se ha ubicado malamente. Si la labor del psicólogo se convierte en la de "un psiquiatra que no puede recetar" (lógicamente no puede hacer prescripciones farmacológicas); que no atiende urgencias por idéntica razón; que raramente asume pacientes crónicos; y que además no aporta datos en relación con la eficiencia de su trabajo (relación entre coste y eficacia), estará cerrando las posibilidades a la incorporación de nuevos compañeros, ya que los administradores preferirán contratar psiquiatras que sean "todoterreno".

EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES

Muestra de lo anterior es la oferta definida en el borrador del "Catálogo de Prestaciones" del Ministerio de Sanidad, que excluía expresamente cualquier tipo de psicoterapia. La presión de distintas organizaciones profesionales consiguió que al final se incluyeran, exceptuando "el psicoanálisis y la hipnosis". Si se hubiera eliminado la atención psicoterapéutica de dicho catálogo de prestaciones la psicología habría quedado prácticamente excluida del Sistema Público de Salud.

Aquí ha faltado visión de futuro. Desde hace años se viene anunciando la importancia de la recogida de datos y la necesidad de evaluar los distintos programas, tanto desde la vertiente estrictamente terapéutica, como desde la eficiencia antes apuntada. Por el contrario, la defensa de la imposibilidad de dar cuenta del "acto psicológico" ha supuesto la pérdida de una oportunidad histórica, que probablemente tarde mucho tiempo en repetirse. Y puede que tarde mucho tiempo, porque además en este espacio de confrontación ha surgido otro problema, este común a toda la sociedad:

LALUCHA POR EL PUESTO DE TRABAJO

¡Que lejos aquellos tiempos de ilusión compartida, de lucha por unos ideales, aunque fueran tan modestos (o no) como mejorar la asistencia a los enfermos mentales!. Hoy se impone la competencia por hacerse por un puesto de trabajo estable, y a los psicólogos les aparece otro contrincante: los MIR (médicos internos residentes).

Hasta hace pocos años (de dos a cinco, según territorios) había más oferta que demanda de plazas de psiquiatra. Desde entonces se han invertido los términos y ya hay también psiquiatras en paro. Esto ha contribuido a que se ejerzan presiones para que a la hora de crear una plaza se trate de influir para que sea de psiquiatra y no de psicólogo.

LAS DIFERENCIAS EN LA FORMACIÓN

Por otra parte, y en el terreno de la competencia, hay otro factor que puede inclinar la balanza en el sentido anteriormente expuesto. La formación en psiquiatría exige inicialmente cursar la carrera de medicina (seis años en el mejor de los casos), aprobar el examen MIR (Médico Interno Residente) y realizar un programa de formación de otros cuatro años. Son diez años en total y con una premisa añá-

dida, y es que salvo excepciones, el que inicia la carrera de medicina tiene claro que es para tratar pacientes. Pacientes que no son algo abstracto, sino personas concretas, con quien desde el principio se tiene contacto. La formación en psicología, exceptuando la minoría que tiene acceso a la formación PIR (Psicólogo Interno Residente) carece, en mi opinión, de algo fundamental como es la experiencia con pacientes, la práctica clínica.

También resulta curioso que quienes mayor resistencia han mostrado a la hora de facilitar las prácticas a los alumnos de psicología en los servicios públicos de salud, hayan sido los propios psicólogos que estaban trabajando en ellos, aprovechando la situación para plantear reivindicaciones laborales, y mostrándose de esa forma claramente insolidarios con sus futuros compañeros.

¿EXISTEN SOLUCIONES?

Terapias compatibles

J. DELAY decía (1959): *"Es un error querer oponer terapias biológicas y psicológicas. Los fármacos no sabrían reemplazar la relación interpersonal, que es esencial de la psicoterapia, pero pueden contribuir, sea ayudando a las exploraciones farmacodinámicas de la personalidad, sea creando condiciones nuevas, que las conviertan en aplicables a otras categorías de enfermedades. Asimismo se podría decir que en el orden de las terapias psicológicas, el cambio introducido por el desarrollo de la quimioterapia, consiste no en una disminución, sino en una ampliación de sus indicaciones"*.

Por lo tanto, desde un punto de vista neutral podríamos afirmar que psicología y psiquiatría no solo no son incompatibles, sino que la una puede ampliar las indicaciones de la otra. En este sentido, son innumerables los estudios que demuestran que la evolución más favorable en los pacientes aquejados de un trastorno

mental, se produce cuando se combina el tratamiento farmacológico y el psicoterapéutico.

Este tipo de terapia combinada "triangular", necesita de una estrecha colaboración entre ambos profesionales, teniendo claro el lugar de cada uno ante el paciente, y con los conflictos de competencia resueltos. Si no es así, el paciente va a percibir la fisura, y desde ahí puede fracasar el tratamiento. Pero probablemente esta es otra historia.

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Sentadas las bases de que no solo podemos, sino que debemos trabajar juntos, se impone la evaluación -cuantitativa y cualitativa- de lo que hacemos. Antes se hizo mención a los nuevos modos de gestión, basados en la *car-tera de servicios, contratos programa, cali-dad asistencial, eficiencia, etc.* A partir de ahora la actividad que no se registra no existe, la que se registre pero no pueda dar cuenta de niveles de eficiencia no se valora, y la que no se valora no se paga.

Esto nos lleva a la necesidad de evaluar la eficacia y eficiencia de los tratamientos psicoterapéuticos. Salgamos de la queja estéril y reflexionemos acerca de nuestra práctica. ¿Hemos pensado en la evolución que ha sufrido la demanda?. ¿Se ha efectuado un intento por adecuar las técnicas a las necesidades de los pacientes y no a la inversa?. Si afortunadamente esto se ha hecho ¿se ha evaluado de forma que pueda presentarse la psicoterapia como algo rentable?. Desgraciadamente y en la mayoría de los casos, la respuesta a estas preguntas es negativa.

Pero no seamos pesimistas, al menos ya sabemos lo que no tenemos que hacer, y lo importante es aprovecharnos de esa experiencia e invertirla. Por lo tanto habría que realizar:

1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

9 Actualmente un paciente que acudiera con el mismo padecimiento a distintos dispositivos asistenciales, podrá recibir respuestas muy diversas: tratamiento farmacológico, psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia de orientación dinámica. Es decir, no se adecua la técnica al paciente, sino a la inversa.

2. ADECUAR LAS TÉCNICAS A LAS NECESIDADES

3. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Una vez efectuado lo anterior, habría que elaborar un catálogo de prestaciones (oferta de servicios) que permitiera una mejor comprensión del quehacer psicológico. A modo de ejemplo podría ser algo parecido a lo siguiente:

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

1. Psicodiagnóstico
2. Psicoterapia individual
3. Psicoterapias específicas: (agorafobias, T. de pánico, etc.)
4. Intervenciones grupales:
 - 4.1. Grupo de contención
 - 4.2. Grupo terapéutico
 - 4.3. Grupos específicos: (anorexias, psicóticos, etc.)
 - 4.4. Entrevistas familiares
 - 4.5. Dinámica relacional (Con/entre el equipo terapéutico)
 - 4.6. Relaciones con la institución (Análisis Institucional).
 - 4.7. Grupos de aprendizaje (Formación específica; Atención Primaria)

Y para terminar, aprovecharé las palabras de Benedetti, quien refiriéndose al conflicto entre psiquiatría y psicoanálisis decía:

El pensamiento y la acción no deben nunca contrarrestarse, farmacoterapia y psicoterapia no se excluyen entre sí. Se completan y actúan de una forma complementaria en las indicaciones escogidas.

*Hospital psiquiátrico de Zamudio.