

JOSÉ GUIMÓN

**LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD MENTAL:
ACTIVIDADES, VICISITUDES
Y FORMACIÓN**

©RE ACADEMIC

BIBLIOTECA DE SALUD MENTAL

LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD MENTAL:
ACTIVIDADES, VICISITUDES
Y FORMACIÓN

Tomo 4 de la obra en 5 tomos
“Salud Mental Relacional”

Agradecimientos:

La elaboración de este trabajo ha sido apoyada
parcialmente por becas de la Fundación Brocher
y de los Hospitales Universitarios de Ginebra.

© CORE ACADEMIC

I.S.B.N. Obra completa: 84-95888-00-9

I.S.B.N. de este tomo: 84-95888-04-1

D.L. SA-57-2002

Imprime: Sociedad de Artes Gráficas J. Martínez, S.L.

Pol. Ind. de Raos, nave 12-B2. Maliaño (Cantabria)

Printed in Spain

Pág.

Capítulo I. Las tareas de los profesionales	15	
1. ¿Quiénes son?	15	
2. ¿Cuántos son?	19	
3. Tareas en los actuales sectores psiquiátricos	20	
3.1. Actividades en los servicios psiquiátricos en general	20	
3.2. Los roles en las unidades orientadas como comunidades terapéuticas		22
3.3. Tareas de prevención primaria	23	
3.4. La «prevención secundaria»	24	
3.5. La hospitalización	27	
3.6. La «prevención terciaria»	29	
4. Los profesionales en los programas especializados	30	
5. Nuevos roles en la organización de la asistencia en Salud mental		32
5.1. Los profesionales en el sistema de Psiquiatría gestionada		32
5.2. Case managers	33	
Capítulo 2. Motivaciones y expectativas	35	
1. Motivaciones para la elección de profesiones de la Salud mental		35
1.1. Factores en la vocación de los psiquiatras	35	
1.2. Motivaciones para las profesiones «de ayuda»	36	
2. Las expectativas de la población hacia los profesionales	38	

2.1. ¿Qué profesionales prefiere el público?	38	
2.2. ¿Médicos de familia o profesionales de la Salud mental?		39
2.3. ¿Psiquiatras o psicólogos?	39	
2.4. ¿Profesionales o confidentes profanos?	40	
Pág.		
2.5. Diferenciación de las situaciones	41	
2.6. Los prejuicios contra los profesionales	41	
Capítulo 3. La profesión de Psiquiatra: de la magia a la gestión		43
1. La transformación de la orientación teórica	44	
1.1. La situación en España	45	
1.2. La situación en Suiza	45	
2. La modificación en la práctica clínica	46	
3. El tamaño excesivo del campo	47	
4. El futuro de la profesión	49	
4.1. Predicciones globales	49	
4.2. Predicciones para España	50	
Capítulo 4. los profesionales no psiquiatras	51	
1. Los médicos generales	52	
2. Otros profesionales no médicos	53	
2.1. Enfermeros psiquiátricos	54	
2.2. Psicólogos	56	
2.3. Asistentes sociales	57	
2.4. Terapeutas ocupacionales	58	
3. La contención	59	
4. Participación en la prevención primaria	62	
5. Tratamientos psicoterápicos en la atención primaria		62
6. Responsabilidades legales de los profesionales no psiquiatras		63
Capítulo 5. Las psicoterapias en la práctica de los profesionales		65
1. La disminución de la práctica exclusiva del psicoanálisis		65
2. Psicoterapias	68	
2.1. Algunos datos internacionales	68	
2.2. Las actividades psicoterapéuticas de los profesionales españoles		69
3. Las actividades de «relación de ayuda»	71	
4. El psicoanálisis en las instituciones psiquiátricas	72	
Pág.		
Capítulo 6. El profesional en la institución	75	
1. Grupos, organizaciones e instituciones	75	
1.1. Grupo	76	
1.2. Organización	76	
1.3. Institución	77	
2. La dinámica institucional	78	
2.1. El método socioanalítico en el estudio de las instituciones de Salud mental		78
2.2. Las referencias psicoanalíticas	79	

3. El diagnóstico institucional	81	
4. Patología	83	
4.1. La hipertrofia de la memoria	84	
4.2. El pseudo-igualitarismo	85	
4.3. Los rituales de grupo	85	
4.4. El ataque contra el pensamiento y la inmovilización		86
4.5. La exclusión de algunos profesionales	87	
4.6. La utilización de los pacientes por parte de los profesionales		87
Capítulo 7. Los equipos terapéuticos	89	
1. Las personas del equipo como agentes terapéuticos		89
1.1. Trabajo en equipo	89	
1.2. La importancia del autoconocimiento	90	
1.3. Los componentes del equipo como figuras de apego		91
2. La regresión en los equipos	93	
3. Estrategias para el cambio de una orientación a otra		96
Capítulo 8. Vicisitudes de los profesionales	99	
1. Problemas entre los diferentes profesionales		99
1.1. Rivalidades	99	
1.2. Incertidumbre cara a la Psiquiatría gestionada		100
2. La insatisfacción con el trabajo	101	
2.1. Las expectativas excesivas en el trabajo	102	
2.2. El trato con los pacientes	103	
Pág.		
2.3. Los ataques contra la creatividad	104	
3. Los problemas de los residentes en psiquiatría		104
4. Burnout	108	
4.1. Concepto	108	
4.2. Factores etiológicos	108	
4.3. Sintomatología	110	
4.4. Prevención y tratamiento	110	
Capítulo 9. El futuro de la formación de psiquiatra		113
1. Criterios	113	
1.1. Opciones de los distintos estamentos interesados		113
1.2. La práctica real de los psiquiatras	116	
1.3. Las necesidades de la Sociedad	118	
2. Los programas de residencia	119	
2.1. Diferencias entre los distintos países	119	
2.2. Un programa ecléctico: el programa suizo		121
3. Los programas de residencia en España	123	
3.1. Los programas hasta 1984	123	
3.2. Los programas a partir de 1984	124	
3.3. El nuevo programa	126	
4. Necesidad de una formación ecléctica	128	
Capítulo 10. La formación de los psiquiatras		131
1. La formación de los médicos de asistencia primaria		131

1.1. Los objetivos	132	
1.2. La situación en España	133	
1.3. Los programas integrados: el ejemplo de Ginebra		135
2. Otros profesionales no médicos	140	
2.1. Psicólogos	140	
2.2. Enfermeros y asistentes sociales	141	
3. Técnicas de enseñanza	144	
3.1. El modelaje	144	
3.2. La supervisión	145	

Pág.

Capítulo 11. Enseñanza de la Psicoterapia		147
1. Los confines de la Psicoterapia	147	
2. La formación en Psicoterapia dinámica		148
2.1. Experiencias internacionales	148	
2.2. Una experiencia en el País Vasco		149
3. Formación interdisciplinar en trabajo grupal		151
3.1. Hacia la constitución de Comunidades didácticas		151
3.2. Los grupos secuenciales	153	
3.3. Opciones sobre la formación en bloques		154
Capítulo 12. La modificación de los prejuicios de los profesionales		157
1. Trabajadores de la asistencia sanitaria primaria		158
1.1. Programas	158	
1.2. El contacto con los pacientes	159	
2. Modificaciones a través de Psicoterapia		162
2.1. Intervenciones sobre profesionales		163
Bibliografía	167	
Índice analítico	181	

Capítulo I

Las tareas de los profesionalesEl movimiento de Salud mental comunitaria hizo hincapié en la sectorización, el trabajo en equipo, la participación de la población en las responsabilidades de gestión de los servicios, la prevención, la intervención de crisis, la desinstitucionalización y el desarrollo de «comunidades terapéuticas». Con todo ello, a partir de los años sesenta, se redefinieron los roles de los antiguos profesionales y un importante número de trabajadores provenientes de nuevas áreas de conocimiento entraron en los distintos servicios.

La necesidad de contener los costes de la Asistencia sanitaria ha dado lugar en Salud mental en los dos últimos decenios al movimiento de la «Psiquiatría gestionada» que ha producido nuevas transformaciones en las formas de ofrecer los servicios y también importantes modificaciones en las actividades de los profesionales.

El presente capítulo pretende describir someramente el abanico de actividades que los distintos trabajadores realizan y dar una idea sobre su respectiva representación numérica.

1. ¿QUIÉNES SON?

Como comenta Goode (1960, citado por Gracia (Gracia, 1996), para poder hablar de «profesión» se exige por parte de quienes desarrollan una ocupación «una prolongada educación especializada en un cuerpo de conocimiento abstracto» y «una orientación de servicio hacia la colectividad». Tradicionalmente se distinguía a los profesionales (médicos, juristas y sacerdotes) de otras ocupaciones (mercantiles, industriales) en que los primeros actuaban de forma «altruista», ya que el rol que desempeñaban en el cuerpo social era tan importante que no podía pagarse con dinero, razón por la que no recibían «pago» formal por sus servicios, sino cantidades simbólicas en concepto de honor, «honorarios» (Gostin & Mann, 1994).

Sin embargo, muchos sociólogos consideran que el altruismo no puede considerarse como la nota definitoria de las profesiones y que la Medicina llegó a ser una profesión (Bullough) cuando obtuvo el reconocimiento oficial de su propio aprendizaje universitario y se le garantizó al médico la competencia exclusiva para determinar el contenido adecuado de sus conocimientos y métodos eficaces para tratar al enfermo. Posteriormente la Medicina habría sido (Berlant, citado por Gracia (Gostin & Mann, 1994)) un grupo «legalmente privilegiado, de carácter monopolista», que ha tenido una serie de funciones exclusivas: un estricto control del mercado a fin de excluir la competencia de otros grupos, mediante un lenguaje especializado no directamente comprensible por los miembros no iniciados; un cuerpo de doctrina teórica transmisible; un sistema de enseñanza; control del ejercicio profesional; monopolio de la práctica; autonomía en la fijación de las propias normas, etc.

Por su parte, el resto de las «ocupaciones» relacionadas con la salud, las llamadas en algunos países anglosajones «paraprofesiones» médicas, han intentado convertirse en profesiones sin lograrlo completamente, como la enfermería, creando instituciones similares a las de los médicos. «Desarrollan, dice Freidson (citado por Gracia (Gracia, 1996)), planes de estudios normalizados y en lo posible universitarios. Crean o descubren conceptos teóricos abstractos para transmitir a los discentes. Escriben códigos éticos. Buscan apoyo para instaurar la licencia o el registro para poder ejercer algún control sobre aquellos a quienes se permite realizar su trabajo. Pero fracasan inevitablemente cuando tratan de obtener autonomía completa en la formulación de su educación y las normas de licencia, y también en la ejecución real de su trabajo. Su autonomía es algo parcial, de segunda mano, y limitada por una profesión dominante. Este es el criterio irreductible que mantienen a tales ocupaciones como paraprofesionales a pesar de sus éxitos en obtener muchos de los atributos institucionales propios de las profesiones». Por tanto, para ese autor, el criterio básico para definir a un grupo ocupacional como profesión no puede situarse en la educación, ni en la licencia, ni tampoco en la existencia o no de códigos éticos particulares, sino en la autonomía.

Todas estas consideraciones tienen importancia para comprender mejor la evolución que en los últimos decenios han sufrido las ocupaciones sanitarias y las tensiones surgidas en el seno de quienes las practican.

En efecto, en los años setenta, en el contexto del movimiento de la Psiquiatría comunitaria, las diferentes ocupaciones de la Salud mental adquirieron de hecho cierta autonomía, lo que creó cierta confusión en las diversas áreas de actividad. En consecuencia, en el transcurso de las dos últimas décadas, y por todo el mundo (con escasas excepciones como Suiza), los psiquiatras han ido delegando la práctica de la

psicoterapia a otros profesionales como psicólogos, asistentes sociales y licenciados en enfermería.

Por otro lado, en algunos países, los psicólogos han ido desarrollando sus conocimientos biológicos y han intentado incluso adquirir el derecho a recetar medicamentos. De forma similar, una nueva especialidad en Psicología clínica «la Psicología de la salud» está invadiendo un sector importante de la Medicina psicofisiológica que tradicionalmente era el área de los psiquiatras de «enlace».

Del mismo modo enfermeros, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, etc. han ido cobrando un papel destacado en la asistencia a la Salud mental y han ido perfilando los contenidos teóricos y prácticos de sus ocupaciones.

Por lo tanto, aunque son importantes las precisiones que realiza Diego Gracia (Gracia, 1996) en cuanto a quiénes, en sentido estricto, deben llamarse profesionales, este calificativo se ha extendido tanto en todos los idiomas que nosotros lo emplearemos para designar a todas las categorías de trabajadores en el campo de la Salud mental, excluyendo a los administrativos y a los de los servicios generales.

Las profesiones representadas en los distintos sistemas asistenciales de diferentes latitudes no son las mismas pero, si consideramos los países occidentales, observamos, al menos, las siguientes variedades¹.

En algunos países, se denomina «profesionales» a los incluidos en los cinco primeros apartados del cuadro y se reserva para los demás el término de «paraprofesionales»².

2. CUÁNTOS SON

De acuerdo con los datos reseñados en el Atlas publicado por la OMS (WHO, 2001a), en el mundo hay una media de 3,96 psiquiatras por cien mil habitantes (con una mediana de uno) y, en contraste, 9 en los países de ingresos elevados. Hay una media de 12,3 enfermeros (mediana de 2) por cien mil habitantes y, en cambio, en los países de ingresos altos la media es de 33,5.

Los contrastes son también enormes en otras profesiones. Hay en el mundo una media de 6,43 psicólogos por cada cien mil habitantes (mediana de 0,4), pero, en los países de economía fuerte, la media es de 26,7. El número medio de asistentes sociales es de 8,64 por cien mil habitantes (mediana de 0,3) y, en cambio, en los de ingresos elevados es de 25,5 por cien mil.

La representación en número de las distintas categorías varía mucho en distintos países y si se consideran los servicios hospitalarios o los extrahospitalarios, los públicos o los privados.

Si nos referimos a los servicios hospitalarios públicos de un cierto número de países occidentales, obtenemos las siguientes medias.

Los médicos (psiquiatras y no psiquiatras) representan el 6,8% del efectivo. Los psiquiatras, en concreto, que son los profesionales mejor formados, siguen liderando la mayor parte de los servicios hospitalarios y son relativamente poco numerosos.

Lo que más destaca en esta distribución, naturalmente, es la enorme preponderancia de los enfermeros que representan más del 54% del personal total de los servicios hospitalarios (si se incluye el personal de administración y servicios). Los auxiliares de enfermería representan el 22% del personal que trabaja en las unidades clínicas, lo que hace que, si los unimos a los enfermeros, constituyan el 76% del efectivo dentro de esas unidades de tratamiento. Hay que hacer notar, sin embargo, que bajo la rúbrica «enfermeros» se incluye trabajadores con cualificaciones muy distintas. En cualquier caso, estos profesionales se han convertido en el elemento clave de la asistencia en la Salud mental no sólo por su número sino por la gran cantidad de horas que pasan con los pacientes.

En cuanto al personal en los servicios extrahospitalarios, los datos son menos fáciles de obtener y varían mucho más según los distintos países, según el desarrollo logrado en cada uno por la política de sectorización. En cualquier caso, no sería aventurado decir que en los servicios públicos extrahospitalarios el número de profesionales no alcanza de promedio ni la quinta parte que en los hospitalarios y que los enfermeros tienen en ellos mucho menos peso, excepto en los raros países en que existe una Asistencia psiquiátrica a domicilio bien desarrollada. Los psiquiatras, los psicólogos y los asistentes sociales tienen, en cambio, mucha más representación.

El número de profesionales privados varía también mucho en los distintos países según que el sistema de seguridad de la salud sea privado, público o mixto.

No se puede cerrar este apartado de recursos humanos sin mencionar el papel desempeñado por los familiares y los trabajadores voluntarios que realizan una labor ingente en Salud mental, no siempre reconocida y casi nunca retribuida con medios económicos o de formación.

3. TAREAS EN LOS ACTUALES SECTORES PSIQUIÁTRICOS

3.1. Actividades en los servicios psiquiátricos en general

Actualmente, los distintos componentes de los equipos terapéuticos deben aportar su colaboración en las típicas funciones que cualquier servicio psiquiátrico cumple (Guimón, 2001).

En lo que se refiere al diagnóstico, el psiquiatra aporta la visión medico-psiquiátrica; el enfermero la de las necesidades vitales generales; el asistente social, la visión social y familiar; y el psicólogo clínico, los datos provenientes de tests psicológicos.

En la investigación y la enseñanza, los integrantes del equipo suelen trabajar bastante independientemente.

Cuando se realizan consultas con otros profesionales, los problemas psiquiátricos, médicos y psicosomáticos son evaluados por el psiquiatra, con la colaboración de los médicos generales o especialistas y los enfermeros. El psicólogo evalúa de preferencia problemas en el cociente intelectual, en el desarrollo y en determinadas habilidades específicas. Los problemas sociales y ocupacionales son discutidos principalmente por el asistente social.

Las relaciones con la Comunidad suelen verificarse independientemente por los distintos componentes del equipo.

En la realización de tratamientos, los psiquiatras, con la colaboración de los enfermeros, se encargan de los tratamientos medicamentosos y, aunque están habitualmente bien preparados para realizar psicoterapias «eccléticas», delegan a menudo este tipo de intervenciones a otros profesionales. Los psicólogos son los que se han hecho cargo de buena parte de las terapias, especialmente las de naturaleza educacional o de aprendizaje. Los asistentes sociales se suelen concentrar en casos en los que el principal problema es social. Tanto ellos como los enfermeros desarrollan una relación de ayuda básica y, según su nivel de formación y el entorno de los servicios en que se mueven, determinadas actividades terapéuticas.

La administración concierne más al psiquiatra que a los otros miembros, aunque los enfermeros adquieren en muchos sistemas un papel preponderante. En la prevención cada miembro del equipo realiza, en general, actualmente, las actividades que le parecen oportunas.

Cada uno de los miembros de las distintas profesiones del equipo colabora, pues, de forma diferente en cinco de las mencionadas funciones. Pero hay tres funciones en las que una de las profesiones tiene responsabilidad más específica que otras. El liderazgo

del tratamiento está en manos de los psiquiatras porque tradicionalmente se ha atribuido a los médicos las funciones curativas y son ellos los mejor preparados profesionalmente para combinar todas las aproximaciones. En investigación, el liderazgo ha solido corresponder al psicólogo porque su formación le capacita especialmente para ello. Los asistentes sociales, por su parte, son los que mejor preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias.

3.2. Los roles en las unidades orientadas como comunidades terapéuticas

En los años cincuenta, los nuevos psicofármacos permitieron a los equipos terapéuticos liberarse un tanto de la custodia de los enfermos y dedicar un esfuerzo más intenso a su tratamiento psicológico. Así, como lo hemos visto en el volumen tres de esta obra (Guimón, 2001), primero en Inglaterra, y bastante más tarde (después de 1960) en los Estados Unidos, Italia, Holanda, Francia, Alemania y, en menor proporción, en España, surgieron centros en los que se concedió más libertad y se proporcionó responsabilidades a los pacientes, difuminando las diferencias de roles entre ellos y el personal encargado de su tratamiento y se realizó un gran esfuerzo por considerar la dinámica así producida como un elemento esencial en el tratamiento.

Tales esfuerzos fueron realizados en unidades pequeñas de grandes hospitales psiquiátricos o bien en pequeñas instituciones aisladas que se denominaron también «comunidades terapéuticas». Las actividades incluían reuniones de la comunidad, terapia de grupo, actividades sociales, trabajo en talleres, participación en las responsabilidades de la comunidad a través del «comité de enfermos», etc. Estos dispositivos terapéuticos fueron incorporados, en mayor o menor medida, por numerosos hospitales psiquiátricos tradicionales.

En este tipo de servicios, la diferenciación entre las funciones de los miembros del equipo que hemos mencionado en el apartado anterior suele difuminarse, lo que no deja de crear problemas. En el futuro, en esos dispositivos los límites de la formación de los diplomados en las diferentes especialidades de la Salud mental se tornarán aún más confusos debido a las conexiones y a los solapamientos de sus diversos campos de actividad. Así, los psicólogos desarrollarán sus conocimientos biológicos e intentarán con más ahinco que hasta ahora obtener el derecho de recetar medicaciones psicotrópicas. Por otro lado, los médicos generalistas se formarán cada vez más en el campo de la Salud mental y aumentará el número de Universidades en las que se desarrollen programas de Salud mental para internistas o para neurólogos (behavioural neurology).

Es previsible que, en contrapartida, los psiquiatras sientan la necesidad de formarse mejor en psicoterapia, especialmente en técnicas breves y grupales para recuperar esa actividad que últimamente habían ido delegando a otros profesionales.

3.3. Tareas de prevención primaria

La responsabilidad del equipo en Psiquiatría de comunidad no se limita a los enfermos, sino que incluye a la población sana, entre la que se intenta aumentar la Salud mental y detectar cualquier signo de anomalía que pueda alertar sobre la proximidad de una enfermedad³. Ello exige la utilización de métodos diversos que requieren la sensibilización de los profesionales a todos los fenómenos relacionales (Guimón, 2001a) inherentes al funcionamiento de una Comunidad.

3.3.1. Los programas de «prevención primaria»

Los programas de «prevención primaria» (la más propiamente llamada prevención) intentan disminuir la incidencia de trastornos emocionales luchando contra las condiciones sociales estresantes o potencialmente dañinas⁴. Esos programas pueden centrarse en niños, adolescentes⁵, adultos⁶ y ancianos⁷. Todos los profesionales del equipo terapéutico deberán, en el futuro, involucrarse, de diferentes formas, en esas actividades.

3.3.2. Labor en los servicios de Asistencia primaria

La práctica psiquiátrica clásica tiene poco valor para la asistencia primaria. En cambio, las aproximaciones psicodinámicas pueden ser de gran ayuda en la tarea de los médicos generales y los pediatras que pueden aplicar técnicas psicoterapéuticas sencillas pero que, sobre todo, deben «contener» emocionalmente a sus pacientes (Guimón & Zac de Filc, 2001). En efecto (Tizón, 1992), los enfermos que acuden a los servicios de atención primaria se acercan invadidos por ansiedades muy primitivas y un «médico suficientemente bueno» (en el sentido de Winnicott (Winnicott, 1971)) debe de ser un elemento «contenedor».

Las psicoterapias «sensu strictu» son muy difícilmente aplicables en la atención primaria de salud (Goldberg, Mann, & Tylee, 2001) por lo que deben ser realizados en dispositivos «secundarios». En Asistencia primaria hay que aplicar nuevas estrategias asistenciales, como (Coderch, 2001; Pérez Sánchez, 1987) psicoterapias breves y focales, entrevistas de contención, entrevistas de elaboración de duelos concretos, seguimientos psicológicos, los procesos de flash psicoterapéutico⁸, etc.

La relación profesional-paciente debe estar imbuida de «empatía» que exige «ponerse en lugar del otro» y recibir lo que viene del otro como algo diferente de nosotros mismos y que, sin embargo, nosotros sentimos como propio. El conocimiento de la transferencia y de la contratransferencia se realiza mediante ese tipo de procesos que permiten «observarse mientras se observa» (Salzberg, 1990; Salzberger-Wittenberg, Henry, & Osborne, 1983). Es imprescindible que el médico de cabecera, el pediatra y el resto del personal de la asistencia primaria (enfermeros, asistentes sociales, psicólogos) sean capaces de contener las dudas y los temores del paciente.

Un sistema de Asistencia en Salud mental debe insistir en la mejoría de la formación de estos profesionales quienes, en el mundo entero, empiezan ya a solicitar el acceso a ciertos módulos de formación avanzada en Psiquiatría.

3.4. La «prevención secundaria»

3.4.1. La detección precoz de los trastornos

La «prevención secundaria» puede ser definida como la identificación precoz de los trastornos psíquicos como prerrequisito para su tratamiento precoz. Se debe prestar mayor atención a los signos de trastornos emocionales que se pueden presentar en distintas edades⁹. Médicos generales, pediatras y psiquiatras son los profesionales más directamente implicados en la detección y el tratamiento precoces.

En diversos trastornos, pero sobre todo en las psicosis, se puede ya detectar en niños la presencia de algunos marcadores biológicos de predisposición a determinados trastornos, lo que permite establecer ciertas estrategias preventivas. En el futuro será posible detectar en adultos asintomáticos la presencia de genes que predisponen a la transmisión de una vulnerabilidad hacia esos trastornos, lo que permitirá proporcionar consejo genético, establecer intervenciones sobre la madre embarazada para modificar en el feto ciertas características que predisponen a esos trastornos o favorecer, por el contrario, el

desarrollo de otros factores que protegen contra ellos. Los psiquiatras y los médicos generales son los profesionales que mejor pueden desarrollar esas tareas.

3.4.2. Las urgencias

Las urgencias psiquiátricas deben estar incluidas en las urgencias de los hospitales generales y se ha demostrado que la existencia de camas de estancia muy breve para la observación y el tratamiento agudo (entre veinticuatro y setenta y dos horas) de algunos de estos pacientes puede evitar numerosas hospitalizaciones psiquiátricas. En este sentido, está aumentando el número de servicios de urgencia hospitalarios que funcionan como verdaderos «centros de crisis», con personal específico y bien formado, especialmente psiquiatras, enfermeros y asistentes sociales¹⁰.

Las urgencias a domicilio se están desarrollando cada vez más en las grandes ciudades y tienen un éxito indiscutible. Psiquiatras, enfermeros y asistentes sociales están particularmente involucrados en este tipo de programas.

3.4.3. La crisis

Una característica muy específica de la Salud mental de la Comunidad es la «intervención en los momentos de crisis» (crisis intervention) que exige, idealmente, detectar precozmente a los sujetos susceptibles de descompensarse para establecer a su alrededor una verdadera red humana que les permita superarlos. Para ello es imprescindible preparar a los profesionales para que intervengan directamente sobre aquellos sujetos que presentan un alto riesgo psiquiátrico. Su labor incluye el contactar con los amigos y familiares significativos para el paciente y capaces de ayudarlo. La labor de estos profesionales (en íntima relación con maestros, abogados, agentes de la autoridad, etc.) exige un intervencionismo a veces agresivo en sectores sociales poco motivados para aceptarlo.

3.4.4. Tratamientos combinados con fármacos y psicoterapia

Los medicamentos sólo tienen valor cuando los pacientes cumplen las prescripciones y, para asegurar ese cumplimiento, debe existir una buena relación con el psiquiatra, quien no sólo prescribe los fármacos sino que también ayuda al individuo a intentar resolver los conflictos emocionales y los problemas cotidianos.

Aunque la distancia entre psicoterapeutas y psicofarmacólogos parezca agrandarse, un número importante de investigaciones ha demostrado que el tratamiento combinado (fármacos y psicoterapias) es generalmente más eficaz que el simple tratamiento con unos u otros. Es más, resulta imposible no tener en cuenta la complejidad de los pacientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, y la depresión mayor que exigen enfoques múltiples. Saber cómo integrar la psicoterapia y la psicofarmacología es un reto para los psiquiatras tanto a nivel intelectual como a nivel emocional, particularmente en el marco de la enseñanza de los médicos residentes.

Sin embargo, en algunos sistemas de Medicina gestionada suele ocurrir a veces que el psiquiatra sea relegado al papel de mero «consultor en psicofarmacología» en vez de ser considerado como miembro indispensable y líder del equipo que debe ser.

3.5. La hospitalización

Pese a los esfuerzos por conseguir la desinstitutionalización de los pacientes mentales, la mayoría de los profesionales de la Salud mental trabaja todavía en los servicios hospitalarios. Su número y distribución son diferentes según la duración media de la

estancia de los pacientes y según que atiendan a un tipo de pacientes u otro, en especial pacientes adultos o psicogerítricos.

3.5.1. La Hospitalización psiquiátrica en el Hospital General

La Hospitalización psiquiátrica en el Hospital General ha contribuido a atenuar la estigmatización de los pacientes psiquiátricos y de los profesionales de la Salud mental y al desarrollo de la Psiquiatría biológica. En cambio, se ha subrayado que este marco terapéutico favorece en exceso el enfoque biologista en detrimento del modelo de intervención relacional, lo que supone que los equipos terapéuticos funcionen con la jerarquía vertical de la práctica médica tradicional.

3.5.2. Alternativas residenciales

Mosher y cols. en un estudio randomizado con esquizofrénicos jóvenes, estudiando los resultados de un tratamiento residencial agudo en una «residencia familiar» (home-like facilitie) llevada según el programa «Soteria» vio que los pacientes evolucionaban igual o mejor que los que eran hospitalizados en una unidad de Hospital general (Mosher & Keith, 1980). Los centros de ese tipo («de segunda generación») proporcionan alojamiento durante una crisis, tratamiento y apoyo intensivos, grupos pequeños y seguimiento para evitar hospitalizaciones.

Aunque este tipo de centros no puede substituir a todas las hospitalizaciones, es de prever que en el futuro se desarrollará como una alternativa interesante, por lo que los profesionales deberán formarse en este tipo de técnicas.

3.5.3. El rol del hospital psiquiátrico

Aunque numerosos países, sobre todo occidentales, hayan realizado enormes esfuerzos tendientes a la desinstitucionalización de los enfermos y a su retorno a la Comunidad, gran parte de las camas de los hospitales psiquiátricos en todo el mundo siguen estando ocupadas en permanencia por pacientes que presentan más bien discapacidades sociales que enfermedades psiquiátricas.

En el futuro, seguirán siendo necesarias, a pesar de todo, algunas camas de hospitalización prolongada. Pero ¿qué papel jugarán en el futuro esos centros monográficos?. En primer lugar, un rol de protección del paciente mismo (de «asilo»), en el caso en el que ya no fueran suficientes sus mecanismos de lucha por sobrevivir en un mundo cada vez más conflictivo. También un rol terapéutico para un determinado número de pacientes cuyo estado exige la conjunción de una serie de instrumentos de tratamiento en un «entorno» determinado, únicamente obtenible en algunos centros psiquiátricos especializados y difíciles de poner en marcha en un hospital general. Es evidente que, si el hospital psiquiátrico ha de seguir existiendo más allá de su rol «custodial», debe pasar por una serie de reformas que lo transformarán en un verdadero instrumento terapéutico. Para ello, los profesionales tendrán que mejorar su formación en estas técnicas.

3.5.4. Hospitalización parcial

En cuanto a la hospitalización parcial (Schene, 2001) algunos programas se realizan como alternativa a la hospitalización en casos de descompensaciones agudas en forma de tratamientos de crisis de uno o dos meses.

En cambio, cuando se trata de proporcionar un apoyo al tratamiento ambulatorio es conveniente instaurar más bien programas asertivos de Comunidad de orientación psicoeducativa, con base cognitiva.

3.5.5. Las comunidades terapéuticas en el futuro

Los pacientes psiquiátricos graves (incompetentes, suicidas, dependientes) que sufren de un sentimiento de profunda inseguridad, continuarán teniendo necesidad de una terapia intensiva a largo plazo. Es necesario un proceso de formación de los profesionales en las técnicas de intervención de las comunidades terapéuticas de hospitalización

3.5.6. Las guías terapéuticas

Una «Psiquiatría basada en datos científicos» (evidence based psychiatry) es cada vez más aplicable mediante diferentes «guías terapéuticas» (guidelines) que han sido desarrolladas en Psiquiatría. La utilización de estudios «controlados» y de la técnica del «metaanálisis» ha permitido la detección de aquellos tratamientos de eficacia demostrada empíricamente (estudios Cochrane). Sin embargo, aunque esos procedimientos han introducido cierta racionalidad y disciplina en el establecimiento y la jerarquización de medidas de tratamiento, no deben de ser valoradas en exceso (Beutler, 2000; Chambless, 2001; Buch Krener, 2002).

Del mismo modo, el personal de enfermería cuenta hoy con «protocolos» que guían la definición, valoración, planificación y ejecución de sus funciones propias y delegadas y permiten, efectuar una valoración de su actividad. Todo el equipo terapéutico se beneficia además de la lectura atenta de los datos consignados, dado que el personal de enfermería dispone de un valioso tiempo de relación con el paciente y sus familiares, en los que puede detectar datos y actitudes (rechazo, sobreprotección, armonías, disarmonías, etc.).

3.6. La «prevención terciaria»

Los programas de «prevención terciaria» (llamados clásicamente de «rehabilitación») van dirigidos a reducir el índice de funcionamientos defectuosos causados por las enfermedades mentales y a aumentar la capacidad del individuo para adaptarse y contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad¹¹. Tales servicios de rehabilitación incluyen clubs de ex pacientes, hospitales de día, de noche y de fin de semana, casas a medio camino y talleres protegidos. Psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales se involucran habitualmente más que los médicos y los psiquiatras en estas actividades

4. LOS PROFESIONALES EN LOS PROGRAMAS ESPECIALIZADOS

La sectorización ha hecho progresar notablemente la Asistencia en Salud mental permitiendo la desinstitucionalización de numerosos pacientes psiquiátricos y evitando la hospitalización de numerosos nuevos casos. La sectorización ha permitido mejorar la continuidad de la asistencia entre el ámbito hospitalario y el extra-hospitalario, sobre todo en los sectores de menos de 200.000 habitantes, en los cuales el tamaño reducido de los equipos permite una comunicación suficiente.

Pese a que a lo largo de los últimos años, se han podido detectar ciertos problemas, se recomienda mantener la sectorización, asegurando a la vez la coherencia de los sectores a fin de poder, por ejemplo, disponer de una paleta de asistencia homogénea, basada en resultados científicos y no en creencias o actitudes de ciertas Escuelas psiquiátricas a las que pueda pertenecer el responsable del sector.

Hoy en día, en cualquier caso, existe una tendencia al desarrollo de diferentes subespecialidades en el campo de la Salud mental¹². En ciertos países, la psiquiatría geriátrica, la psiquiatría infantil y la psiquiatría adulta han obtenido el reconocimiento de subespecialidades con las correspondientes prerrogativas académicas y financieras

(p. e. especificidad para el reembolso de los servicios). En otros países, se han retenido criterios para el mantenimiento de una única especialidad¹³.

En una época en la que el rol del médico general está en vías de revalorización después de décadas de una tendencia excesiva a la especialización, abogamos también por el mantenimiento y el fortalecimiento del rol del psiquiatra generalista. Es evidente que, conforme a lo que se ha dicho, su formación llega a ser muy larga; pero es cierto que el período de cuatro o seis años, actualmente aceptado en la mayoría de los países para la formación debe ser suficiente para asegurarla.

Por otra parte, está claro que la amplitud demasiado extendida de este campo y la confluencia de diferentes modelos teóricos engendran con frecuencia una impresión de inseguridad que resulta del sentimiento de no poder comprender todo en profundidad. Por estas razones, una aptitud para la síntesis y una capacidad de frustración forman parte de las características que el futuro psiquiatra debe poseer.

El interés actual por las Medicinas alternativas confirma el valor que se da a la relación médico-paciente (Burns, 2001). Muchos pacientes psiquiátricos graves recurren al médico general o al psiquiatra tras haber tenido desafortunadas experiencias de marginación y desencuentro, por lo que es básica una relación de respeto y confianza. El abordaje «genérico» evita que el paciente se vea considerado como un objeto y asegura que haya un acuerdo mutuo en la elección del tratamiento de acuerdo con la singularidad del paciente.

El desarrollo de equipos genéricos de Salud mental seguirá recibiendo el apoyo de todo el mundo porque subrayan la necesidad de un abordaje relacional al trastorno mental con un foco en la alianza terapéutica (Priebe & Gruyters, 1993).

5. NUEVOS ROLES EN LA ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

5.1. Los profesionales en el sistema de Psiquiatría gestionada

Los programas de Medicina gestionada valoran sobre todo la terapia del paciente ambulatorio, la asistencia basada en la Comunidad y los tratamientos poco costosos, lo que disminuye la importancia del papel de los psiquiatras y da ventaja a los psicólogos y a los asistentes sociales. Los psicólogos, por otra parte, han aportado grandes contribuciones en los campos de la terapia de familia y de pareja, de la terapia de la conducta, y en los campos de la rehabilitación psicosocial (Geezy & Sultenfuss, 1994). Con un pensamiento desiderativo propio de los miembros de nuevas profesiones en expansión, acaban exageradamente convencidos de que (Strijmger, 1982) los factores etiológicos más importantes en Psiquiatría son los de naturaleza psicológica y que, por lo tanto, los tratamientos deben ser modificados, dejando sólo una pequeña parcela a la competencia especial de los médicos.

A lo largo de los años noventa, aunque la Psiquiatría haya entrado en una era brillante desde el punto de vista científico, existe un movimiento tendiente a reemplazar a los psiquiatras por terapeutas que poseen una formación menos importante y sin base médica. La Psiquiatría gestionada (Fink, 1996) ha intentado sugerir que los psiquiatras no son indispensables, intensificando así la rivalidad entre psiquiatras y psicólogos. Los psiquiatras (Lazarus & et, 1996), por su parte, se muestran reticentes a conceder a los terapeutas no médicos una mayor responsabilidad a la hora de tratar a los pacientes.

Podría darse una radicalización de los psiquiatras, porque se ha reducido el alcance de su práctica, ha disminuido el reembolso y la psicoterapia a largo plazo ha desaparecido prácticamente excepto para los pacientes exclusivamente privados. Los psiquiatras se ven forzados a hacer adaptaciones en su práctica, incluso a actuar como meros

consultores para grupos multidisciplinarios, con una concentración de su actividad en la psicofarmacología y en la intervención en crisis. Como consecuencia de estos cambios, los psiquiatras tendrán fundamentalmente dos elecciones: adaptarse o luchar en contra y arriesgarse a ser dejados de lado.

En las organizaciones de Medicina gestionada los psiquiatras pueden encontrar nuevos trabajos que pueden satisfacerles. Pueden optar tal vez por un contrato a tiempo parcial o completo, por ejemplo, como médicos asalariados de una HMO. Pueden además desarrollar nuevos roles en las instituciones de Medicina gestionada (Fink, 1993; Lazarus, 1994), tales como los de supervisor o de administrador.

5.2. Case managers.

Las personas con trastornos mentales, en especial en el caso de pacientes seniles o afectados por un retraso mental, tienen más dificultades que el resto de la población a la hora de obtener asistencia psiquiátrica. Es en este espíritu que, en ciertos dispositivos asistenciales, ha sido creada la figura de los «gestores de casos» (case managers). Estos profesionales se encargan, por un lado, de detectar los problemas de personas que no han tenido aún acceso a la asistencia psiquiátrica aunque la necesitarían y, por otro, de facilitar el complicado tránsito de los pacientes crónicos por los diferentes servicios.

1 Los datos que se recogerán en este capítulo corresponden a la media de ciento cuarenta sistemas asistenciales psiquiátricos de Europa (Suiza, Suecia, Inglaterra, Bélgica, Alemania, Luxemburgo, España), Canadá, Estados Unidos, Australia, y Japón.

2 Quiero señalar que voy a emplear, en general, a lo largo de todo el libro, el masculino para referirme a los diversos profesionales. Ello resulta particularmente inadecuado cuando se sabe que en el área de la Salud y más en la de la Salud mental, las mujeres predominan ampliamente. Pido disculpas por esta licencia que no quiere en absoluto ser discriminatoria sino que pretende no hacer más engorroso el texto para la mayoría de los lectores, habituados desgraciadamente a estas injusticias.

3 Para lograrlo hay que estudiar las fuerzas que aumentan o disminuyen la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales, elaborar índices de prevalencia de trastornos mentales en la Comunidad y poner en marcha técnicas de acción directa e indirecta para reducir los niveles de trastorno en la Comunidad.

4 En la práctica, actualmente hay que contentarse con medidas tales como realizar campañas para disminuir el consumo de sustancias adictivas, mejorar los hábitos higiénicos, aumentar la detección de fases precoces de algunos trastornos (esquizofrenia, p.e.) y disminuir las actitudes negativas hacia los enfermos y los tratamientos psiquiátricos.

5 En la prevención de trastornos prenatales, educación de los futuros padres y de los maestros, evaluación sistemática de todos los recién nacidos, creación y asesoramiento de guarderías infantiles.

6 Creación de centros asistenciales que sirvan de antena para detectar los sujetos que, enfrentados a un estrés, no serían capaces de mantenerse compensados psíquicamente, etc.

7 Evitación de la soledad, creación de centros que favorezcan el desarrollo de actividades para evitar el ocio con su correspondiente sensación de inutilidad, etc.

8 Hay técnicas mixtas con referencia psicoanalítica que utiliza elementos técnicos conductistas, cognitivos conductuales o psicodinámicos: protocolos para la enuresis funcional o para la autonomización progresiva o para las técnicas de relajación.

9 En los niños recién nacidos se manifiestan por trastornos alimenticios y del sueño; en la edad escolar por hiperactividad, apatía o aislamiento; en la adolescencia por enfrentamientos a la autoridad, posibles primeros signos de trastornos psicóticos, etc.; en la edad adulta por descompensaciones en circunstancias estresantes (nacimiento de un hijo, cambio de trabajo o de Comunidad, pérdida de un sujeto querido, etc.), manifestadas por insatisfacción intensa con el trabajo o con el propio modo de vida, desesperanza, incapacidad de satisfacerse en actividades recreativas antes agradables, sentimientos de culpa, etc.; en el viejo con sensación de inutilidad en el retiro, sentimiento de soledad y aislamiento, etc.

10 Algunos servicios disponen actualmente de un número reducido de ese tipo de camas (de dos a doce holding beds) situadas en el servicio de urgencias o muy cerca (Breslow, 2001) que permiten que algunos paciente se queden por la noche o por unos días: trastornos de la personalidad, pacientes crónicos con buena red social pero con estrés importante que se han descompensado, pacientes con trastornos transtorios por abuso de sustancias. Con ello se evitan estancias más largas en otras unidades.

11 Ello exige la organización de servicios de rehabilitación para el periodo post-cura para evitar que el paciente al finalizar su hospitalización encuentre que la Sociedad y su familia le han cerrado las puertas.

12 El concepto mismo de «sector» se ha tornado menos evidente en las grandes ciudades o en las ciudades-dormitorio. Otras características de la urbanización hacen que ciertos grupos de población no tengan ventaja en buscar una asistencia cerca de su domicilio. Incluso se indica que con el desarrollo de Internet las redes sociales a las que acuden los individuos están a veces muy distantes de su lugar de vida. Además, cuando los sectores son demasiado pequeños, existen un cierto número de programas especializados (abuso de sustancias, detección de ciertas psicosis precoces, tratamiento específico para patologías poco frecuentes) que deben ser inter-sectoriales. Finalmente, la distribución irregular de los hospitales en las ciudades a veces ocasiona hospitalizaciones de pacientes de sectores en hospitales alejados.

13 En función de la edad (niño, adolescente, adulto, persona mayor), de la patología (neuropsiquiatría, psicósomática, abuso de sustancias) o incluso del género (Psiquiatría para las mujeres, por ejemplo). Todo esto sin tener en cuenta las diferentes corrientes teóricas (biológica, psicológica, sociológica). Por otro lado, se están desarrollando programas muy especializados para patologías específicas, sobre todo en los Estados Unidos.

Capítulo 2

Motivaciones y expectativas

1. MOTIVACIONES PARA LA ELECCION DE PROFESIONES DE LA SALUD MENTAL

1.1. Factores en la vocación de los psiquiatras

Si juzgamos las motivaciones para escoger la especialidad de Psiquiatría a través de los rasgos de personalidad de los médicos que quieren ser psiquiatras, debemos aceptar que han cambiado notablemente a lo largo de estos últimos años. Rogow (A. Rogow, 1970)

describía a quienes se interesaban por la Psiquiatría como genuinamente interesados por aliviar el sufrimiento psíquico; poco interesados en las compensaciones económicas; de ideas sociales y políticas avanzadas; progresistas en costumbres; inconformistas; agnósticos; con aficiones literarias y artísticas.

El tipo de actividades que los psiquiatras realizan actualmente se ha convertido en mucho más tecnificado y burocrático y ese perfil profesional, desprovisto de la aureola de romanticismo que lo rodeaba anteriormente, ha dejado de interesar a algunos médicos con gustos artísticos, literarios o humanistas, y atrae, por otro lado, a médicos con orientaciones más cercanas a la «psico-neuro-endocrinología», lo que ha alterado considerablemente el perfil de los futuros especialistas.

Los jóvenes graduados en Medicina, con un perfil claramente médico prefieren otras especialidades más atractivas, más eficaces y que requieren un compromiso personal menor.

1.2. Motivaciones para las profesiones «de ayuda»

Es cierto que gran parte de las elecciones conscientes que tomamos los psiquiatras y los demás profesionales de la asistencia en Salud mental están basadas en algunos aspectos de nuestra personalidad, como el autoritarismo, el altruismo o el idealismo.

En cualquier caso, como comenta Vega Zagier Roberts (1994) las elecciones que hacemos en cuanto a «qué profesión elegir, con qué grupo de clientes y en qué entorno deseamos trabajar, están todas profundamente influenciadas por nuestra necesidad de negociar cuestiones no resueltas de nuestro pasado. Las personas se sienten frecuentemente inclinadas a trabajar en un entorno particular porque ofrece oportunidades para manejar sus propios problemas no resueltos. Es sabido que muchas personas eligen profesiones del campo de la Salud porque han tenido conflictos graves por la presencia de determinados enfermos en el seno de sus familias. En principio se trata de una motivación adecuada, pero puede llevar a reacciones anómalas si no se exploran y elaboran adecuadamente las motivaciones».

La teoría del apego (ver volumen 1 de esta obra (Guimón, 2001)) propone (Bowlby, 1979) que los seres humanos somos animales sociales y que, para sobrevivir, necesitamos relaciones que se prefiguran con las experiencias tempranas de apego hacia las figuras parentales. Se establecen así modelos internos de uno mismo y de los demás que quedan establecidos como estructuras cognitivas internas, que tienen una base neuropsicológica (Kramer 1992). Posteriormente, cuando nos sentimos amenazados (Weiss, 1994), mostramos conductas de apego a figuras próximas.

Como comenta V. Z. Roberts (1994), desde un punto de vista psicoanalítico, es el impulso hacia la reparación, en parte consciente, pero principalmente inconsciente, el motor fundamental de todas las actividades creativas, productivas y asistenciales. Este impulso tiene sus raíces en nuestras propias experiencias con nuestros primeros «cuidadores»: la madre o los sustitutos maternos. Cuando el niño adquiere una percepción suficiente de su entorno (ver volumen 1 (Guimón, 2001)) toma conciencia de que la madre es la única persona hacia la cual siente a la vez amor y odio. Al darse cuenta de esto, siente remordimiento, preocupación y culpa por el daño que su avidez y su agresividad le hubieran podido causar. De ahí surge el impulso a reparar (redimir, proteger) y también a expresar gratitud por los buenos cuidados recibidos. Normalmente, las actividades reparadoras del niño mantienen alejadas sus ansiedades. Sin embargo, cuando la culpa es demasiado fuerte, se inhibe la actividad reparadora. En su lugar, el niño –y el adulto en el que se reviven estos conflictos tempranos– retrocede a la actividad mental más primitiva de escindir los objetos en buenos y malos, que pueden ser amados y odiados separadamente y sin ambivalencia.

Algunas especialidades, centros o instituciones de Salud mental pueden atraer a un personal con necesidades internas similares a las de sus clientes y una propensión similar a utilizar ciertos tipos de defensas, lo que puede contribuir a la aparición de ciertos procesos institucionales defensivos. Bion (Bion, 1943) llama «valencia» a este fenómeno.

La situación laboral en las profesiones de ayuda se parece a veces muy de cerca a situaciones de la vida temprana con las que el trabajador puede todavía estar en conflicto inconscientemente, y que le llevaron a esta línea de trabajo particular. Se suele pensar que las profesiones asistenciales requieren habilidades técnicas especiales pero se descuida, a menudo, que el instrumento principal para producir un beneficio en el paciente es el profesional «en sí mismo». El profesional percibe esta potencialidad e intenta entregarse como instrumento, esperando inconscientemente confirmar que tienen suficiente «bondad interna» para reparar el daño en otros. Esto es una fuente de entusiasmo y entrega pero, a la vez, origina mucha ansiedad y lleva con frecuencia a que el profesional se «queme» (ver capítulo 8). En efecto, el éxito en ayudar mediante el amor o la bondad que uno tiene fortalece profundamente la capacidad de actuar de forma constructiva. Pero el fracaso, o incluso el éxito limitado, se resiente como demostrativo de deficiencia interna, y resulta, a veces, intolerable (Zagier Roberts).

Dos rasgos distinguen el trabajo asistencial de la mayoría de los trabajos (Roberts, 1994). «El primero es que las actividades reparadoras se llevan a cabo en relación directa con otros seres humanos. Esto significa que la situación laboral se parece a veces muy de cerca a situaciones de la vida temprana con las que el trabajador puede todavía estar en conflicto inconscientemente, y que le llevaron a esta línea de trabajo particular». El segundo rasgo es que se considera que el self del trabajador es el instrumento principal para producir un beneficio en el cliente. Las profesiones asistenciales son a menudo consideradas a la vez por sus miembros y por sus clientes como vocaciones que requieren cualidades especiales (Roberts, 1994). Habilidades y «tecnología –el plan, el programa de tratamiento– pueden ser utilizados de forma defensiva para evitar la ansiedad acerca de la competencia personal para la tarea. Sin embargo, muy a menudo, se ponen en un segundo lugar, otorgando la primacía a atributos personales como instrumento de cambio. Ofreciéndose ellos mismos como tales instrumentos, los trabajadores esperan inconscientemente confirmar que tienen suficiente bondad interna para reparar el daño en otros. Esto es una fuente a la vez de ideales individuales e organizacionales, pero también de mucha ansiedad».

2. LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN HACIA LOS PROFESIONALES

Algunos estudios estudian las opiniones expresadas por la población acerca de qué tipo de profesionales debe atender a los enfermos psiquiátricos que presentan diversos trastornos. Los resultados (que expondremos con más detalle en el tomo 5 de esta obra (Guimón, 2002)) dan una idea indirecta sobre la imagen que el público tiene acerca de los trabajadores en el campo de la Salud mental lo que permite evaluar hasta qué punto la desinformación y, en consecuencia, el estigma no afecta sólo a los pacientes mentales sino que se extiende a quienes les atienden.

2.1. ¿Qué profesionales prefiere el público?

Con Goerg y cols. (Goerg, Fischer, Zbinden, & Guimón, 1999) estudiamos las respuestas de la población a una encuesta acerca de a quién se debería consultar si se presentara una de las ocho situaciones que describíamos ejemplarizando mediante

descripciones y viñetas determinados problemas de tipo mental. Para algunas de las situaciones clínicas los encuestados prefirieron un confidente; en otras a un psiquiatra; mientras que la propuesta de buscar ayuda de un médico o de un psicólogo dependía menos de la situación. La idea de buscar consejo por parte de un no profesional se expresó sobre todo para situaciones en las que aparecen signos de retraimiento. En contraste, la sugerencia de pedir asistencia psiquiátrica especializada fue mucho más frecuente en situaciones de violencia y conducta extraña, así como, aunque en grado menor, en situaciones de agitación.

La conveniencia de consultar con un psiquiatra ante descripciones de situaciones desviadas fue considerada por el 43% de los sujetos (Goerg y cols. 1999), que parecían pertenecer a dos subgrupos diferentes: uno constituido por personas que tenían cierta familiaridad con la Psiquiatría o con los trastornos mentales, bien sea personalmente o dentro de su entorno, y la otra por personas que habían tenido poca o ninguna experiencia.

En cualquier caso, las personas más marginalizadas social y culturalmente y que habían tenido alguna experiencia personal de la Psiquiatría sustentaban más frecuentemente la representación de la Psiquiatría como una profesión a la que se recurre cuando se desea restablecer el orden social perturbado. Pero la mala imagen de los psiquiatras estaba extendida entre personas de extracción social y nivel cultural muy variado.

2.2. ¿Médicos de familia o profesionales de la Salud mental?

En un estudio se vio que la población general de Quebec, en casos de enfermedad mental, prefería consultar a un médico que a un psiquiatra, psicólogo u otro terapeuta. En una investigación que realizamos en Ginebra (Goerg, 1999), más de un cuarto del público prefería a un médico general. El médico es nombrado por el 29% de los sujetos en los casos de conducta violenta, por el 37% en casos de conducta extraña, y por más de la mitad en casos de agitación o de retraimiento (53%).

El recurso a un psicólogo es mencionado por aproximadamente un tercio de los entrevistados en los casos de conducta extraña (29%), agitación (33%) y violencia (34%), y por 43% para síntomas de retraimiento. Los roles de estos dos terapeutas no parecen ser muy específicos, ya que son mencionados por un tercio a más de la mitad de los sujetos, para los cuatro tipos de conducta.

2.3. ¿Psiquiatras o psicólogos?

Diversos trabajos (Guimón, 1999; Ylla Segura, 1982) estudian la representación que tiene el público en general (y también los estudiantes de Psicología) sobre las tareas que desarrollan los profesionales de Psiquiatría y de Psicología: A los psiquiatras se les asignó el tratamiento de los enfermos mentales y aquellos pacientes con problemas psicológicos asociados a enfermedades somáticas; se esperaba, en cambio, de los psicólogos que recurrieran exclusivamente a la Psicología para resolver las dificultades de personas que por lo demás estaban en buena salud física.

En Ginebra (Danielle Goerg et al., 1999) analizamos las actitudes públicas hacia el tratamiento psiquiátrico. El público recomendaba hacer uso de un psiquiatra con mayor frecuencia que en otras investigaciones. En tales casos también recomendaban buscar la ayuda de un médico, de un confidente o de un psicólogo.

Los sujetos que preferían el recurso a un psiquiatra tenían un conocimiento más grande de la Psiquiatría² y eran más frecuentemente trabajadores «de cuello blanco» o profesionales. Los que preferían que se consultara con un psicólogo eran más jóvenes y de menor nivel educacional.

La importancia de consultar a un psiquiatra en situaciones desviadas recibe un apoyo considerable en varias e las investigaciones mencionadas, incluso más en casos con elementos de violencia o de conducta extraña, mientras que los signos de retraimiento evocan mucho menos a menudo la idea de la intervención psiquiátrica. Por lo tanto, la lógica detrás de la consulta al psiquiatra y, por lo tanto –indirectamente– la imagen que el público tiene de él, puede interpretarse dentro de una perspectiva de la función de control social, de restablecer un orden social perturbado, que esta profesión ejerce según la representación del público. Esta representación era particularmente frecuente entre los sujetos más marginalizados social y culturalmente.

Todo lo anterior muestra que los prejuicios son particularmente intensos hacia los psiquiatras y parece claro que conviene disminuirlos si queremos mejorar la eficacia de las intervenciones en Salud mental. Pero, de hecho, esto no es tarea sencilla porque la imagen que la gente tiene de ellos depende de varios factores, a veces tan sólo indirectamente relacionados con la Psiquiatría.

2.4. ¿Profesionales o confidentes profanos?

La población recurre con frecuencia a personas no profesionales cuando tienen problemas psíquicos. Así, Greenblatt (Greenblatt, Becerra, & Serafetinides, 1982) señala que en una muestra de personas con trastornos mentales, el 42% había consultado con clérigos frente al 29% que había contactado con médicos generales y el 18% con psiquiatras o psicólogos. Del mismo modo, en las dos comunidades estudiadas por Hall y al. (Hall, Brockington, Levings, & Murphy, 1993) en Gran Bretaña, la idea de pedir consejo a un amigo tenía prioridad sobre la de consultar a un psiquiatra para todos los problemas clínicos propuestos en la encuesta (depresión, neurosis obsesiva y esquizofrenia crónica) a excepción de la esquizofrenia paranoide. El recurrir a un psiquiatra fue propuesto en segundo lugar y al médico de familia en tercero. En la mencionada investigación que realizamos en Ginebra (Danielle Goerg et al., 1999) el recurso a un confidente profano se consideró, en cambio, menos frecuentemente.

2.5. Diferenciación de las situaciones

Los datos anteriores indican que, enfrentado a varios escenarios que describen la conducta desviada tal y como se puede observar en la vida diaria, el público propone diferentes formas de intervención. En algunas situaciones, se prefiere el recurso a un confidente y en otras predomina el referirse a un psiquiatra. En cambio la propuesta de buscar ayuda de un médico o de un psicólogo depende menos de la situación. La idea de buscar consejo por parte de un no profesional no especializado se expresa sobre todo en situaciones en las que aparecen signos de retraimiento. En contraste, la sugerencia de pedir asistencia psiquiátrica especializada es mucho más frecuente en situaciones de violencia y de conducta extraña, así como, aunque en grado menor, en situaciones de agitación.

Las formas de intervención propuestas corresponden, para los sujetos, a otras representaciones y actitudes, y existe una tendencia a incluir estas en actitudes más generales.

2.6. Los prejuicios contra los profesionales

Como ocurre con muchas otras profesiones, los que trabajamos en el campo de la Salud mental somos objeto de los mismos prejuicios que la población tiene hacia aquellos. Todos los trabajadores de prisiones son sádicos, todos los abogados transgreden las leyes, todos los maestros son pedófilos y todos los psiquiatras locos. Como, además, los psiquiatras recibimos de la Sociedad el enojoso mandato de protegerla de los enfermos

mentales, se supone que actuamos como carceleros despiadados e incluso como torturadores. La Sociedad proyecta sobre nosotros el maltrato que frecuentemente ella misma dispensa a los enfermos mentales y resulta entonces que somos los psiquiatras los que maltratamos. La literatura publicada por algunas sectas (tales como la Cientología) describe a los psiquiatras no sólo como criminales sino también como violadores «ladrones y estafadores», que infligen tratamientos abominables a sus pacientes. Pero este tipo de acusación no sólo es divulgada por las sectas sino también por los medios de comunicación o incluso por algunos profesionales.

El movimiento anti-psiquiátrico que durante los años sesenta y los setenta negó la existencia de las enfermedades mentales, criticó los hospitales psiquiátricos, los tratamientos tradicionales y el poder de los psiquiatras en la Sociedad. La respuesta de los psiquiatras a sus críticas fue un gran esfuerzo para mejorar las descripciones rigurosas de los síntomas para poder tener un lenguaje común que hiciera más fiable el diagnóstico psiquiátrico y un tratamiento para trastornos psíquicos mediante la investigación en Neurociencias. Una vez que se aceptó la existencia de los trastornos mentales, la Antipsiquiatría empezó a discutir cuestiones tales como: si un paciente «debería» ser catalogado como persona enferma o «si él/ella debe» ser tratado (nivel prescriptivo de la cuestión); «el derecho a estar loco»; «el poder del paciente»; «la democratización de la gestión»; el derecho de la sociedad a exigir que una persona loca sea tratada en vez de permitirle vivir como quiera.

1 Quienes no tienen experiencia en el campo psiquiátrico, cuando se enfrentan a una conducta desviada, aunque delegan también a veces la responsabilidad en un psiquiatra, excluyen la idea de tratar a los pacientes con medicación, a la que atribuyen efectos secundarios negativos.

2 También se mostraban favorables a consultar a un médico cuando se les presentaba casos de conducta desviada. Confrontados a un estudio de casos clínicos, sugirieron psicoterapia individual así como medicación.

Capítulo 3

La profesión de Psiquiatra: de la magia a la gestión

La definición de «psiquiatra» de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001b) (2001) es: «un médico que ha seguido una especialización universitaria superior en Psiquiatría de por lo menos dos años, en un establecimiento de enseñanza reconocido. Este período de especialización puede incluir una formación en una de las ramas de la Psiquiatría».

En el mundo hay una media de 3,96 psiquiatras por cien mil habitantes y una mediana de 1. De hecho la repartición de los psiquiatras no es uniforme y varía entre 0,05 por cien mil en la región africana, a 9 en la región europea. De la misma manera, la distribución depende de los ingresos de los países y varía entre el 0,06 por mil entre los que tienen ingresos escasos al 9 en los que tienen ingresos elevados. Incluso, entre estos últimos, aproximadamente el 26% de los países tienen menos de 5 psiquiatras por 100 mil habitantes. Considérese que en el cantón de Ginebra si se incluyen a los residentes en Psiquiatría y a los psiquiatras que trabajan en privado y en las instituciones públicas existen 400 para 400 mil habitantes es decir uno por mil.

Los psiquiatras están también distribuidos de una manera muy desigual en los distintos territorios y tienden a concentrarse en las zonas urbanas.

En conjunto, el psiquiatra, que es el miembro esencial del equipo de Salud mental como director de equipos y formador, está presente en el mundo en un número totalmente insuficiente, no sólo por falta de medios de formación, sino por la prioridad escasa que se le da entre los médicos a la hora de elegirla como especialidad. Es por tanto necesario hacer un gran esfuerzo para formar psiquiatras en países en desarrollo y para evitar que se marchen luego fuera de su país.

1. LA TRANSFORMACIÓN DE LA ORIENTACIÓN TEÓRICA

A lo largo de los últimos treinta años (Guimón, 1990), la orientación teórica de los psiquiatras ha experimentado un profundo cambio (Marmor, Scheidemandel, & Kano, 1975; Cypres, 1978; B. D. Beitman & P. Maxim, 1984; Yager, Pasnau, & Lipschulz, 1979). A principios de los años setenta, el modelo psicodinámico predominaba en muchos países avanzados (Greenley, 1981; B. D. Beitman & P. Maxim, 1984) y el movimiento antipsiquiátrico y las orientaciones que apuntaban a una acción psicosocial llegaron a su apogeo. En cambio, la progresión del modelo biológico a expensas de los otros modelos ha sido incontestable en los años ochenta y noventa. Sin duda, el enorme progreso en la investigación biológica, la presencia de psiquiatras en las nuevas unidades de corta estancia de los hospitales generales y la dificultad de demostrar la eficacia de los enfoques comunitarios, han ocasionado una «remedicalización» de la profesión de psiquiatra.

Los nuevos especialistas, durante los años de formación de postgrado en Psiquiatría, están empezando a recibir una educación sólida en Neurobiología, unos buenos conocimientos sobre los procedimientos fiables para la evaluación de la Psicopatología descriptiva, la interpretación de complejos procesos diagnósticos y el manejo de sustancias psicofarmacológicas eficaces. Esto no impide el que, en los países occidentales, la gran mayoría de los psiquiatras intente adoptar una actitud teórica ecléctica incluyendo otros modelos en su práctica. Pero no siempre lo consiguen.

Hoy en día, una proporción muy importante de psiquiatras americanos puede considerarse eclécticos (68%); sólo 37% (Bodkin, Klitzman, & Pope, 1995) adhieren hoy a un modelo psicodinámico, en contraste con un 79% en 1968 (Armor & Klerman, 1968); a la inversa, 27% adhiere hoy a un modelo médico en contraste con un 11% aquel año. Entre los psiquiatras ingleses, tan sólo un 5% adhería a un enfoque exclusivamente médico; 30% comulgaba plenamente con un enfoque psicosocial y 65% podían considerarse eclécticos (Brook and Wakeford 1987).

1.1. La situación en España

Una encuesta que realizamos en España en 1977 entre psiquiatras y residentes en Psiquiatría ponía en evidencia (Guimón, 1998; Guimón, Goerg, Fischer, & Zbinden, 1998; Guimón, Villasana, Totorika, & Rojas Marcos, 1978) que consideraban mayoritariamente al llamado modelo «médico» como trasnochado y, en cambio, estaban convencidos de la vigencia del Psicoanálisis. La situación se modificó en los años siguientes, como se vio en una encuesta que realizamos en 1986 y en la que los psiquiatras españoles se inclinaban principalmente por el modelo médico (43%), seguido por el psicodinámico (26%) y, por último, por el social (11%). El modelo médico era el mayoritariamente sustentado por los psiquiatras que trabajaban en medios hospitalarios y en quienes desarrollaban su labor en centros de Alcoholismo y

Toxicomanías o en servicios de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social. En cambio, los que desempeñaban sus funciones en centros de Salud mental se inclinaban por el modelo dinámico y el social.

1.2. La situación en Suiza

En contraste, en Suiza, el modelo psicodinámico sigue siendo el más importante (41%); el biológico (7%), el médico-psicológico (6%) y el modelo social (7%) dan cuenta sólo de un pequeño porcentaje de los psiquiatras; 39% se define ecléctico (Guimón, 1998; Guimón, Fischer, Zbinden, & Goerg, 1997b; Guimón et al., 1998).

Estos datos provienen de un estudio que realizamos acerca de los psiquiatras de Suiza¹. Para poder distinguir entre perfiles de actividad típica, llevamos a cabo un análisis factorial que tomó en consideración todas las terapias y la frecuencia de su uso por los psiquiatras. De este análisis factorial surgieron 5 factores que, conjuntamente, representan el 54% de la varianza total: Terapias sistémicas (21% de la varianza); Terapias cognitivo-comportamentales (10% de la varianza); Terapias médicas (9% de la varianza); Terapias psicoanalíticas (8% de la varianza). Entre estas últimas se incluyen: Psicoanálisis, Psicoterapia individual de inspiración analítica, terapia de grupo o de pareja o de familia inspirada en el Psicoanálisis.

2. LA MODIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La manera en que se dispensan los servicios de Salud mental se ha ido modificando en las últimas décadas (Dorwart, Chartock, Dial, & et, 1992; Olfson, Pincus, & Dial, 1994); (Guimón, Fischer, Goerg, & Zbinden, 1996) debido sobre todo a las estrategias de contención de los costos. En consecuencia, las actividades que los psiquiatras realizan han ido experimentando una clara «biologización» en detrimento de las prácticas dinámicas y sociales. Sin embargo, no es ese el caso, como hemos visto, en algunos pocos países como Suiza, en los que la enseñanza del Psicoanálisis sigue teniendo un lugar importante en el curriculum de pregrado de los médicos y en el de la especialización de los psiquiatras.

Al reflexionar sobre los factores científicos, sociales, políticos y económicos que hoy en día influyen en la práctica y en la investigación psiquiátricas uno ha de admitir que los límites del rol de los psiquiatras se están tornando cada vez más imprecisos.

En los años setenta, en el contexto del movimiento de la Psiquiatría comunitaria, las diferentes especialidades de Salud mental confundieron sus diversas áreas de actividad. Por otro lado, a la falta de definición del rol de los psiquiatras, se han de añadir otros tres factores que suponen una agravación de la crisis de identidad: la confusión acerca del modelo teórico; el tamaño excesivo del campo; y el movimiento de la «Medicina gestionada» (managed care) que está alterando profundamente la manera en la que son administrados los servicios psiquiátricos.

Las concordancias entre tipos de prácticas terapéuticas y modelos teóricos de referencia son estrechas pero existen, sin embargo, algunas discrepancias. Por ejemplo, como lo hemos mostrado en algunos trabajos (Guimón, Fischer et al., 1997b), una práctica terapéutica predominante no implica la adhesión exclusiva al modelo teórico correspondiente².

Lazarus (Lazarus, 1984) y Beitman (Beitman, Goldfried, & Norcross, 1989) distinguen claramente las nociones de integración y eclecticismo. El objetivo de la primera es la síntesis conceptual de diferentes sistemas o modelos teóricos. La segunda, por contraste, es principalmente atórica y está fundada en la aplicación empírica y pragmática de métodos y prácticas inspirados por diferentes modelos teóricos. Estos y otros (Post, 1990); (Heim, 1992) autores creen que el eclecticismo se extiende en nuestro campo,

por muchas razones. Así, Beitman (Beitman et al., 1989) proponen que existen varios factores que abogan por la idea de eclecticismo y de integración conceptual de los modelos teóricos: la proliferación de múltiples terapias; la insuficiencia de cada una de las teorías tomada de forma aislada; la ausencia de una eficacia superior de una terapia respecto a otras; la búsqueda de factores terapéuticos comunes a diferentes terapias; la importancia concedida a las características de los pacientes y a la relación terapeuta-paciente; y las circunstancias sociopolíticas. Estas últimas (reducción de recursos materiales, la influencia ejercida por el sistema de los seguros sanitarios, el aumento de la competitividad, etc.) aumentarán probablemente su presión sobre el sistema de Salud mental en el futuro.

Por su parte, Coderch (Coderch, 2001) señala cómo, en consonancia con las concepciones filosóficas post-modernas, es cada vez mayor el número de psicoterapeutas que adoptan una visión «pluralista» tanto en sus teorías como en sus prácticas diarias.

3. EL TAMAÑO EXCESIVO DEL CAMPO

Los psiquiatras tienen que desempeñar un abanico muy amplio de actividades lo que contribuye a su crisis de identidad. Esto es incluso más evidente cuando tienen que ejercer en pequeñas regiones, o en los servicios de urgencias de las grandes ciudades. No pueden entonces limitarse a una sub-especialidad. Por el contrario, deben ser capaces de descartar la existencia de una lesión orgánica subyacente, evaluar el riesgo de suicidio de un paciente, manejar los psicofármacos, utilizar técnicas sencillas de condicionamiento, detectar aspectos psicodinámicos básicos en los problemas del paciente e intervenir en la dinámica de la pareja y de la familia. Ocasionalmente, deben dar su opinión acerca de los problemas de desarrollo psicomotor de un niño y llevar a cabo una evaluación de una invalidez o el grado de responsabilidad de un delincuente.

De hecho, la práctica diaria de los psiquiatras es muy variada. Pueden tener diferentes lugares de trabajo, numerosas actividades y, en particular, actividades clínicas muy variadas. En los Estados Unidos, la media de lugares de trabajo pasó de 1.7 en 1965 a 2.3 en 1988. Según el último Estudio de Actividades Profesionales de la APA, de diez psiquiatras clínicos, tan sólo uno está exclusivamente dedicado a la práctica privada en la consulta (Olfson et al., 1994). Esta tendencia hacia una práctica en lugares múltiples significa un incremento en la diversidad de roles profesionales asumidos por los psiquiatras³.

Pero los psiquiatras parecen no estar satisfechos con semejante abanico de actividades y preferirían intervenir en áreas incluso más periféricas. Por ejemplo, en un estudio acerca de esferas en las que les gustaría intervenir (Guimón, Goerg, Fischer, & Zbinden, 1997) los psiquiatras suizos contestaron que les gustaría intervenir en las siguientes áreas por orden de acuerdo decreciente: víctimas de la violencia (3.4); la relación padre/niño (3.3); problemas psicológicos entre los prisioneros (3.3); dolor crónico (3.1); conductas de riesgo (3.0); pérdida de independencia en los mayores (3.0); problemas en la escolarización o en la formación (2.9); problemas de los inmigrantes (2.9); educación sanitaria y prevención (2.9); SIDA (2.9); disconformidad con los tratamientos médicos (2.8); problemas de familias monoparentales (2.8); fanatismo ideológico y religioso (2.5); transplantes (2.5); problemas relacionados con la eutanasia (2.5); problemas de desempleo (2.5); relaciones laborales (2.5); procreación médicamente asistida (2.4); objetores de conciencia (2.3); cirugía plástica (2.3).

Los psiquiatras han de enfrentarse a estas tareas excesivamente variadas sin poder contar con la ayuda de instrumentos de evaluación objetivos. Y utilizando, además,

técnicas muy difíciles de adquirir y cuyos resultados son generalmente poco espectaculares. En estas condiciones, uno no debería sorprenderse de que algunos psiquiatras tengan una visión negativa del aspecto científico de su especialidad y una confianza disminuida en la eficacia de su tarea. Estas reacciones son reforzadas por la ausencia de la gratificación que el médico recibe generalmente del paciente y de la Sociedad después de haber hecho exitosamente su trabajo. Parece por lo tanto normal que algunos colegas «se quemem». Este problema aparece bajo varias formas: desde una descompensación clínica a una deserción de la profesión, pasando por una apatía y una resistencia pasivo-agresiva, y acabando a veces en una hiperidentificación con una de las técnicas, teorías o modelos psiquiátricos.

4. EL FUTURO DE LA PROFESIÓN

4.1. Predicciones globales

No se puede evidentemente hacer las mismas previsiones para diversos países que parten de situaciones distintas, sometidos a condiciones socioeconómicas, políticas y sanitarias muy diferentes.

Parece ser que el número de psiquiatras se va estabilizando, o va incluso disminuyendo en países occidentales tales como en los Estados Unidos y en Francia: por lo tanto, habrá más ofertas de empleos y sólo los más atractivos serán cubiertos.

Sin duda, los servicios privados van a multiplicarse, aunque los psiquiatras entren en competencia con otros especialistas de la Salud mental menos onerosos. La competencia, la política del «managed care», la disminución del número de psiquiatras, todos estos elementos van a crear un contexto en el cual al psiquiatra se le confiará una mayor participación en actividades tales como la administración, las tareas de consejero y la enseñanza. También es probable que se reduzcan los esfuerzos de investigación, debido a la disminución de los presupuestos que se ha hecho sentir en ese campo estos últimos años en todos los países del mundo.

Aunque la importancia del Psicoanálisis haya disminuido, la Psiquiatría dinámica ha seguido enseñándoles a los residentes en EE.UU, Suiza, los países nórdicos, etc. países en los que los programas de formación ofrecen supervisiones de psicoterapia analítica y cursos completos de Psiquiatría dinámica.

El sistema de Asistencia médica actual en el mundo entero tiene un número insuficiente de médicos en posiciones clave de gestión. Muchos clínicos buscan hoy en día proseguir carreras fuera de la clínica por razones diferentes que comprenden: el desencanto con la profesión; una interferencia cada vez mayor de terceras personas; el incremento del temor a cometer errores perseguibles legalmente; y consideraciones personales o económicas. Para Marcos y Silver (Marcos & Silver, 1988) los psiquiatras poseen el potencial para ser excelentes gerentes debido a sus diversas formaciones y experiencias clínicas. En este sentido, Penzer (Penzer, 1989) señala que los psicoterapeutas poseen muchos atributos semejantes a los que tienen los buenos administradores: por ejemplo, toleran la ambigüedad y son capaces de tomar decisiones difíciles; utilizan un juicio adecuado a la hora de resolver problemas complejos; se ocupan de los individuos que tienen dificultades; y saben lidiar con la resistencia al cambio. A causa de su formación en Salud mental, los psicoterapeutas tienen una posición ideal para acceder a puestos administrativos, mientras que a los que no son clínicos les pueden faltar ciertas habilidades interpersonales necesarias para ser gerentes eficaces.

4.2. Predicciones para España

Se puede prever que la calidad intelectual de los especialistas será excelente debido a que los que han ido incorporándose a través del sistema MIR tienen que pasar un filtro exigente.

De no surgir transformaciones socioeconómicas y políticas muy importantes, los futuros psiquiatras españoles serán más «psiconeuroendocrinólogos» y trabajarán más horas en privado que los actuales. Un elevado número de nuestros especialistas se subespecializarán en Psicogeriatría, Rehabilitación y Psiquiatría infantil, y la mayoría adquirirán habilidades específicas en Administración sanitaria.

Es probable, finalmente (y lamentable, según el parecer del autor de esta obra), que escuchen hablar del Psicoanálisis y de la sociogénesis de los trastornos psíquicos con cierta indulgencia y con un interés distante por esos campos que consideraran, erróneamente, como trasnochados.

1 Enviamos por correo un cuestionario a cerca de 2.300 psiquiatras establecidos en la práctica privada o trabajando en instituciones. El índice de respuesta fue del 44% y se utilizaron para este análisis 971 cuestionarios de los 1.000 devueltos.

2 Un cuarto de los psicoanalistas se refieren al modelo ecléctico y entre los psiquiatras no psicoanalistas, la misma proporción menciona el modelo psicológico, testificando así que este último es aún una referencia teórica importante (Guimón, 1998). Bodkin y al. (Bodkin, 1995) han observado la misma tendencia en los EE.UU. La superposición entre prácticas y modelos es claramente más fuerte aquí: el 96% de los psiquiatras de orientación psicoanalítica adhieren al modelo dinámico pero el 13% también menciona el modelo biológico. El 66% de los psiquiatras biológicos indican el modelo biológico como su principal referencia y el 26% el modelo dinámico.

3 En nuestro estudio, en Suiza (Guimón et al 1997), un total de dos tercios de los psiquiatras están implicados, total o parcialmente, en la práctica privada: prácticamente todos (98%) tienen una actividad clínica. Casi todos mencionaban trabajos relacionados con formación continua (92%) y con la administración (80%). Cerca de la mitad ejercen de supervisores (48%) o de expertos (46%). Algo más de un décimo (11%) lleva grupos Balint. Alrededor de un cuarto ha realizado una terapia personal (26%) y la mitad está haciendo un trabajo de supervisión (52%). A estas actividades podemos añadir aquellas que están más estrechamente relacionadas con contextos universitarios e institucionales: reuniones (43%), enseñanza (34%) e investigación (19%). Incluyendo todas las actividades que constituyen servicios para los pacientes (trabajo clínico, peritaje), colegas y estudiantes (supervisión y consejo, grupos Balint, enseñanza) e instituciones (reuniones, investigación), uno se encuentra con que los psiquiatras suizos tienen por media, 3.4 actividades diferentes. Es más, en lo que respecta a las actividades clínicas, los psiquiatras suizos pueden describirse como trabajando en contextos de actividad individual (98%), de pareja (62%), de familia (50%) o de grupo (22%). Hay una diversidad de enfoques clínicos muy alta. Los psiquiatras llevan a cabo tratamientos mixtos (92%), psicoterapias de inspiración psicoanalítica (81%), entrevistas de pareja o de familia (80%), farmacoterapia (70%), terapias sistémicas (47%), terapias cognitivas (35%) e intervenciones con terceras partes (76%).

Capítulo 4

Los profesionales no psiquiatras

En los años sesenta, en relación con el movimiento contracultural surgieron duras críticas hacia el poder de los psiquiatras. Paralelamente, en el decenio anterior, algunos

grupos ocupacionales en el campo de la Salud mental habían comenzado a convertirse en profesiones.

Desde la aparición de los asilos, la atención de las enfermedades de los allí confinados se asignó a los médicos que sólo más tarde se interesaron por sus problemas mentales, convirtiéndose así en «psiquiatras». La custodia y el «cuidado» de los asilados había estado a cargo de guardianes de baja extracción social retribuidos muy escasamente. En muchas de esas instituciones que estaban en manos de la Iglesia, eran personas del clero las que se cuidaban de los enfermos mentales. San Juan de Dios se interesó por educar a esos cuidadores en proporcionar un trato humanitario, con lo que fue un precursor de lo que después se llamaría «tratamiento moral».

Fue, sin embargo la experiencia de las dos Guerras Mundiales lo que puso en evidencia la necesidad de una formación específica sobre los principios de Salud mental para las personas que se encargaban de la atención de esos trastornos, en especial los médicos generales y los enfermeros psiquiátricos. Así, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc. vieron reconocida socialmente su identidad, comenzaron a elaborar programas de formación para sus actividades y, en algunos lugares, adquirieron cierta autonomía respecto a los médicos.

1. LOS MÉDICOS GENERALES

La Medicina ha tenido (Max Weber, citado por Gracia (Gracia, 1996) un particular poder («dominación médica») parecido al de los sacerdotes y los políticos. Ese poder se basaba en el «gobierno corporal»: definir lo que es enfermedad; determinar quién debe ser sometido a reconocimiento para ver si está enfermo; controlar los procesos terapéuticos. Como dice Gracia (Gracia, 1996), «el médico, se ha visto a sí mismo como un pequeño rey que actúa con sus pacientes de modo autónomo e incondicionado (...). Sin embargo, en la Sociedad actual en que todos sus individuos son agentes morales autónomos, con criterios distintos sobre lo que es bueno y lo que es malo (...) la relación médica, en tanto que relación interpersonal (...) se ha convertido en autómata, plural, secularizada y conflictiva».

En efecto, la tecnificación de la Medicina, con la exigencia de complejas exploraciones complementarias y de trabajo en equipo, ha hecho que el ejercicio «liberal» (privado) de la profesión sea cada vez más difícil. El intento de contener los costes por parte de los gobiernos y de las compañías de seguros ha llevado a controlar el trabajo de los médicos (y entre ellos de los psiquiatras) que se han convertido en piezas anónimas de complejos engranajes con muy poca autonomía. Perciben salarios modestos y se ven sometidos a controles abusivos de sus prácticas de prescripción por parte de la administración y a la influencia de las compañías farmacéuticas, lo que les lleva a veces a concesiones poco dignas. Puestos en cuestión por los clientes, cada vez mejor informados y exigentes, perseguidos cada vez con más frecuencia legalmente por mala práctica, han perdido el halo de prestigio que les rodeaba y en el que residía buena parte de su influencia terapéutica. Todo ello les lleva a adoptar en exceso posturas «defensivas» en detrimento de la relación con los pacientes y sus familias.

En cualquier caso, los médicos siguen siendo los profesionales mejor preparados para detectar y tratar los trastornos mentales, sea en el nivel primario de atención primaria (médicos generales, pediatras) o en en terciario (los psiquiatras). En los servicios especializados, los neurólogos han desarrollado, por su parte, una subespecialidad la «neurología conductual» y se ocupan también, como los geriatras, de las demencias.

Según los resultados del proyecto «Epidemiological Catchment Areas», el 19,1% de la población había padecido en los seis meses anteriores a la encuesta algún trastorno mental diagnosticable con el DSM-III-R. Se sabe que aproximadamente un tercio de los

sujetos que consultan al médico general presentan síntomas psiquiátricos, especialmente neuróticos. La demanda en Salud mental en un área determinada de atención primaria de Barcelona se acerca al 10% de la población (Tizón, 1992).

Por otra parte, la capacidad de identificación de los pacientes psiquiátricos del médico general es muy baja, aproximadamente de un 60%. En nuestro país, el médico envía al psiquiatra a un excesivo número de pacientes y, si los trata él mismo, lo hace principalmente con psicofármacos y vitaminas, lo que no siempre es adecuado.

Las relaciones de los equipos de Salud mental (cuando existen) y los de atención primaria se desarrollan bajo tres modelos: «consulta», «derivación» de pacientes y «enlace». El modelo de consulta consiste en discutir de casos con el médico de familia y proponerle pautas o recomendaciones. El modelo de derivación consiste en que el médico de familia envía el paciente con problema psíquicos al equipo de Salud mental y éste lo devuelve una vez tratado a aquél para que lo siga viendo. El modelo de enlace (que es el que prefiere la mayoría de los profesionales) consiste en que el equipo de Salud mental se involucra en la atención primaria junto al médico de familia.

La práctica psiquiátrica clásica tiene poco valor para la asistencia primaria (Guimón & Zac de Filc, 2001). En cambio, una cierta formación dinámica puede ser de gran ayuda a los médicos generales y a los pediatras para practicar de técnicas psicoterapéuticas sencillas y, sobre todo, para adquirir una capacidad de contención de los pacientes.

2. OTROS PROFESIONALES NO MÉDICOS

Como hemos comentado en el primer capítulo, Gracia (Gracia, 1996) señala que la Medicina alcanzó el rango de profesión al lograr el poder de fijar de modo autónomo las normas de funcionamiento del propio grupo (Freidson). Sin embargo, ya desde finales del siglo XVIII, «es evidente que el médico ha de compartir de algún modo el poder si quiere seguir gozando de sus privilegios. Se pasa así de la fase estrictamente monárquica a la oligárquica. Sigue el paternalismo y sigue la tiranía, o más bien aumentan de grado, ya que ahora no sólo los ejerce el médico, sino también el cirujano y el farmacéutico».

2.1. Enfermeros psiquiátricos

Un enfermero psiquiátrico es, según la OMS (WHO, 2001a, 2001b) una persona diplomada en una escuela de formación en enfermería reconocida de nivel universitario y que ha seguido una especialización en Psiquiatría, reconocida por las autoridades competentes y que trabajan en el campo psiquiátrico.

Actualmente existe en todo el mundo una gran escasez de personal de enfermería bien formado y no existe un cuerpo de enfermería psiquiátrica unificado y homogéneo. En efecto existe una gran diversidad de ocupaciones que, en España, por ejemplo, corresponden al menos a cinco tipos de grupos con funciones propias de la enfermería psiquiátrica: los cuidadores, los auxiliares psiquiátricos diplomados, los miembros de las órdenes religiosas, los ayudantes técnicos sanitarios y diplomados en enfermería generales y los ayudantes técnicos sanitarios y diplomados en enfermería especializados en Psiquiatría.

La enfermería es la profesión más numerosa en Salud mental. Hay en el mundo (WHO, 2001a) una media de 12,3 enfermeros y una mediana de 2 por cien mil habitantes. En la región del sudeste asiático el 97% de la población tiene acceso a menos de un enfermero psiquiátrico por cien mil habitantes, pero también en la región del Mediterráneo oriental más del 63% tiene acceso a la misma proporción. En el sudeste asiático la mediana es

de 0,16 por cien mil, mientras en la región europea es de 27,5 y en los países de ingresos altos de 33,5.

Hay tres enfermeros psiquiátricos por psiquiatra en la región de las Américas y de Europa mientras que hay 8 enfermeros por psiquiatra en la región africana y en el sudeste asiático.

Los enfermeros son importantes en especial en los servicios domiciliarios y su número debe crecer y su formación mejorar.

2.1.1. El nacimiento de una profesión

Las primeras verdaderas escuelas de enfermeras psiquiátricas surgieron en Alemania en 1836 y en EE. UU en 1870 pero hasta los años 50 no se generalizó este tipo de formación, aunque en España apareció una escuela en Cataluña en 1930 (Franco, 2000). En la práctica, de hecho, apenas hay enfermeros especializados que ocupen puestos de trabajo en centros psiquiátricos. La gran mayoría, por otra parte, trabajan en centros psiquiátricos de hospitalización y no hay prácticamente profesionales de la enfermería psiquiátrica que trabajen en la Comunidad. Por todo ello es indispensable que la formación de los profesionales del futuro se oriente más hacia el trabajo en la Comunidad.

2.1.2. Las actividades de los enfermeros psiquiátricos

2.1.2.1. Actividades generales

Los diplomados en enfermería deberían ser capaces de una serie de actividades (Franco, 2000) que son descritas en los distintos manuales de la profesión¹.

En las unidades de hospitalización, el/la enfermero/a será la encargada de la realización del ingreso, cumplimentando las hojas de registro necesarias para la hospitalización del paciente. Una vez hecho el ingreso del paciente, el personal de enfermería debe asegurar una buena acogida del enfermo (enseñarle el espacio físico en el cual se va a mover, anotar sus reacciones ante el ingreso, etc.).

Si el contexto de la unidad lo permite y respetando las necesidades de intimidad y confidencialidad de los pacientes, el/la enfermero/a podrá participar en algunas de las entrevistas que se vayan haciendo para poder luego colaborar en la toma de decisiones del equipo.

Debe planificar luego la forma de prestar cuidados para satisfacer las necesidades básicas del paciente, asegurar las necesidades de seguridad y de prevención de riesgos, anotando todo tipo de incidencias.

En las unidades de rehabilitación debe recoger datos sobre el enfermo, a través de la familia, el trabajador y colaborar en el establecimiento de las necesidades del enfermo antes de hacer cualquier programa de rehabilitación y reinserción social.

2.1.2.2. La relación de ayuda

La labor de la enfermería psiquiátrica difiere de la que desarrolla en otros campos clínicos (Matheney y cols., 1971; Irving, 1975, citados por Franco (Franco, 2000)) en la atención muy especial que presta a las relaciones interpersonales entre enfermero y paciente basada en la «relación de ayuda». Esa relación tiene características diferentes de las relaciones sociales que habitualmente establecen con otras personas, tanto en cuanto a los objetivos que se pretenden, y las implicaciones de las personas que intervienen, como en los límites precisos, en lo referente tanto al tiempo de duración como a las fases que se producen en el proceso.

Como muchos de los pacientes psiquiátricos presentan dificultades en el área relacional, es difícil que la comunicación sea eficaz y obtenga los objetivos que se propone pero,

cuando se logra, hace posible que el enfermo adquiera una perspectiva distinta respecto a sí mismo y a sus problemas, lo que puede tener un efecto terapéutico que no se produce fuera de este marco profesional.

El/la enfermero/a interacciona con los pacientes a lo largo de las veinticuatro horas del día en aspectos de la vida cotidiana –alimentación, juegos, higiene– etc... La relación que se establezca tiene que servir de modelo al paciente para adquirir patrones diferentes de funcionamiento, que aumenten su autonomía y su capacidad adaptativa.

El aspecto interpersonal constituye, pues, la parte esencial de esa labor. La participación debe ser menos intensa a nivel emocional de la que se produce en una relación personal. Además de estas interacciones más «cotidianas», en las que se produce una relación de ayuda, el/la enfermero/a debe pautar y programar en el contexto de sus experiencias cotidianas una serie de entrevistas periódicas, donde se produce un proceso más específicamente terapéutico. Para ello el/la profesional debe lograr la formación para responder a las necesidades del paciente, lo que exige, en cualquier caso, un mejor conocimiento de sí mismo/a.

2.3. Psicólogos

Según el atlas de la OMS (2001) un/a psicólogo/a en el sector de la Salud mental es un/a diplomado/a que ha hecho estudios de Psicología en un establecimiento de nivel universitario reconocido y que ha seguido una especialización en Psicología clínica. Un/a tal psicólogo/a ha debido recibir el acuerdo de las autoridades competentes (según la reglamentación en vigor en el país) y trabaja en el marco de la Salud mental. Hay una media de 6,43 psicólogos y una mediana de 0,4 (por lo tanto con una desviación tipo muy amplia) por cada 100 mil habitantes.

En las regiones de África y de Asia del sur el 90% de la población cuenta con menos de un/a psicólogo/a por cien mil habitantes, pero incluso en la región europea cerca de la mitad de la población cuenta también con menos de un/a psicólogo/a. La mediana en los países de economía débil es de 0,4 por cien mil habitantes frente a 26,7 en los países de altos ingresos. En algunos países no se dispone de datos sobre el número de psicólogo/as que practican distintas actividades como el diagnóstico o la readaptación, que son las tareas más importantes que desarrollan. En cualquier caso su número es insuficiente y aunque muchos países forman un gran número de psicólogos/as éstos no ejercen luego en Salud mental.

Las actividades de los/as psicólogos/as se centran en la cooperación al diagnóstico y en la Psicoterapia. En la mayoría de los países, estos profesionales son los que tienen un rol de liderazgo en la investigación, dado que el contenido de su licenciatura les capacita mejor que a los demás para esas tareas.

2.4. Asistentes sociales

El Atlas de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001a) define al trabajador social que interviene en el campo de la Salud mental como «un/a diplomado/a que ha estudiado trabajo social en un establecimiento reconocido de nivel universitario y que ha recibido el acuerdo de las autoridades competentes según la reglamentación en vigor en el país y que trabaja en el campo de la Salud mental.

El número medio es de 8,64 por cien mil habitantes y (a mediana de 0,3 con una gran desviación media). Más de un 90% de la población de la región africana y en la región del Mediterráneo oriental tienen acceso a menos de un/a trabajador/a social a menos de uno por cien mil habitantes y lo mismo ocurre para el 63% de la población en Europa, aunque la media en esta región es 2,35. En los países de ingresos débiles la media es de 0,03 y en cambio en los de ingresos elevados es de 25,5 por cien mil. No se disponen de

datos en cuanto a su distribución en los distintos marcos de trabajo como hospitales, consultas externas y tratamiento domiciliario.

Las actividades de los/as asistentes sociales se centran en la mayoría de los países del mundo en cooperar en los aspectos sociolaborales y vocacionales de los pacientes y en ayudarles a ellos y sus familias en transitar por los intrincados caminos de la provisión de los servicios médicos y psiquiátricos. Por otra parte, cada vez con mayor frecuencia, se recurre a ellos/as para delegarles funciones psicoterapéuticas, sobre todo en los servicios de rehabilitación y de atención domiciliaria.

Los enfermeros comunitarios y los asistentes sociales tienen, por otra parte, un lugar privilegiado en la atención a los pacientes psiquiátricos crónicos en la Comunidad, sea en los centros a medio camino, en las residencias, en las consultas ambulatorias o en el domicilio de los pacientes. Habitualmente los pacientes se hallan más o menos dependientes de sus familias, carentes de recursos rehabilitadores y representan una carga considerable para su entorno lo que aumenta su discriminación. Los profesionales pueden aportarles una vía de contacto permanente con el equipo terapéutico, lo que contribuye al cumplimiento de las prescripciones. Están también en condiciones de prestar información y educación a la familia y al entorno.

2.5. Terapeutas ocupacionales

2.5.1. Inicios de la profesión

La terapia ocupacional tuvo sus orígenes en la labor de los/as asistentes/as sociales. En efecto, Eleanor Clarke Slangle una trabajadora social que estaba interesada por los efectos nocivos de la inactividad de los enfermos mentales durante sus estancias en los hospitales, desarrolló ocupaciones para entretenerlos, que acabarían constituyendo una ocupación específica en las instituciones para enfermos. En EE. UU. el psiquiatra y psicoanalista Adolf Meyer (ver tomo 1 de esta obra) proporcionó a la terapia ocupacional una teoría proponiendo que un adecuado equilibrio en los ritmos vitales (descanso trabajo, juego y sueño) era básico para la Salud mental. Otro psiquiatra, William Rusch Dunton introdujo ya en 1895 la terapia ocupacional como tratamiento de los pacientes mentales en Baltimore. En Gran Bretaña el Dr. Henderson la utilizó también durante la Primera Guerra Mundial.

En España se introdujeron también este tipo de actividades en los hospitales psiquiátricos de los hermanos de San Juan de Dios, y de las hermanas hospitalarias del Sagrado Corazón (Durante & Noya, 1998).

Pronto se formuló que, desde el punto de vista psicoanalítico (Guaza Movellan), estas actividades, al margen de ocupar y entretener al paciente, tienen un alto valor comunicativo: permiten abrir un espacio de diálogo, detectar los recursos propios con que cuenta el paciente, observar las dificultades que encuentra en relación con la actividad, etc.

Por otra parte, como las actividades se realizan en un contexto grupal (D. Dobal Lorenzi y L. B. Sanchez Cuchi), facilitan la integración de los pacientes en grupos humanos, a través de una «convivencia sin exigencias», que favorece la expresión espontánea de los participantes. En esa experiencia se integran los conocimientos adquiridos en la psicoterapia infantil sobre el valor terapéutico del juego.

3. LA CONTENCIÓN

Los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria habitualmente han padecido numerosas pérdidas y frustraciones y, como dice Tizón (Tizón, 1992), «se acercan invadidos por ansiedades muy primitivas, en especial confusionales y

persecutorias; en su estructura existen importantes núcleos autísticos, indiferenciados, simbióticos y psicóticos». En nuestro ambiente, el psiquiatra del equipo les puede dedicar de media de ocho a diez minutos. Los pacientes con más «núcleos psicóticos» (Rosenfeld, 1976), por su utilización excesiva de la identificación proyectiva y la proyección, tienden a vivirnos como «padres perversos» que, en vez de «darles», les quitamos lo que les pertenece, les rechazamos.

Las instituciones, las normas sociales y morales, la cultura tienen un papel contenedor. Un médico «suficientemente bueno» (en el sentido de Winnicott (Winnicott, 1971) debe también ser un elemento «contenedor» pero, en la práctica, las organizaciones sanitarias son demasiado frecuentemente poco contendedoras por lo que producen más bien efectos «desintegradores» sobre el paciente. La mayor parte de las veces, sin embargo, dice Tizón nuestro trabajo no pasa de «ayudarles a que no se hagan más daño».

La asistencia a la Salud mental clásica trabaja casi exclusivamente con las realidades externas pero si se realiza un abordaje dinámico es necesario modificar, aunque sea mínimamente, las realidades internas, lo que debe incluir la modificación de las relaciones interpersonales².

La primera parte del trabajo con estos pacientes ha de basarse en la descontextualización de la somatización de los conflictos para poderlos encarar después más directamente en el ámbito intra e interpersonal. Es necesario, luego, señala Tizón, «identificar cuadro clínico, estructura de personalidad (vulnerabilidades) y el soporte social para influir donde podamos, aunque sólo las transformaciones intrapersonales proporcionan continuidad de la mejoría (...). Incluso en los casos más graves se puede proporcionar una contención y se pueden crear espacios para pensar y sentir sobre uno mismo que actúan como una especie de cemento provisional u ortopedia que va rellenando algunos de los agujeros e inseguridades de los núcleos autistas de la personalidad (Meltzer, 1975), favoreciendo el desarrollo de «la tercera piel contenedora». Señala este autor que, «la labor básica del equipo en salud mental en la atención primaria es la de «médico de cabecera» ayudando en la integración del self corporal y sus perturbaciones, favoreciendo la fantasía inconsciente de la piel secundaria o «segunda piel contenedora» (Bick)³.

La relación profesional-paciente debe estar imbuída de «empatía» por la que «comprendemos» al otro «sentimos como el otro», proyectando en él, a nivel de fantasía inconsciente, partes de nosotros mismos («identificación proyectiva»), como lo describieron Klein y Bion. Este «ponerse en lugar del otro» implica también recibir lo que viene del otro como algo diferente de nosotros mismos y que, sin embargo, nosotros sentimos como nuestro («identificación introyectiva»). Gracias a esos complejos mecanismos podemos captar los ecos producidos por los temores, ansiedades, actitudes y fantasías del otro, lo que establece con él una comunicación más profunda que la verbal (Coderch, 2001). El conocimiento de la transferencia y de la contratransferencia se realiza mediante ese tipo de procesos que permiten «observarse mientras se observa» (Salzberg, 1990; Salzberger-Wittenberg et al., 1983).

Como dice Tizón, «los pacientes tienden a introducir en nosotros lo que no pueden soportar en ellos: la ira, la depresión, la rabia, los deseos vengativos, etc., por lo que el trabajo en la asistencia primaria es agotador ya que nos convierte en portadores de lo que a los pacientes les resulta difícil soportar. Todos tenemos la experiencia de hasta qué punto son contagiosas la depresión, la alegría, el miedo. Sabemos también lo difícil que es estar en compañía de alguien muy deprimido o de un paciente terminal, porque requiere «meternos dentro al otro». La madre es la persona primera que ha sido capaz de aceptar y contener nuestras emociones. Por eso las personas a las que les ha faltado esa figura primordial padecen posteriormente graves relaciones interpersonales». Señala

ese autor que la contención se favorece mediante una serie de cuidados psicológicos externos (personalizar la consulta, con fichas que incluyan nombre, trato de usted, reseña de acontecimientos psicosociales importantes, cuidado de encuadre) e internos (capacidad de recibir y sostener el dolor y la ansiedad ajenos).

Winnicott tomó como arquetipo de estos procesos la situación de la madre con el bebé en brazos (holding), en la que recoge la ansiedad y se preguntarse qué es lo que le pasa, siente, se emociona y fantasea con y por él (Rêverie (Bion, 1962)). Bion utiliza las ideas de continente y contenido: la madre funciona como un continente, una envoltura, un recipiente contenedor en el que puede sentirse o no contenido. Del mismo modo, a veces, señala Tizón, «algunos pacientes nos piden exploraciones para que les toquemos, les exploremos les calmemos, como el moribundo o el paciente con dolores que se calma cuando le cogemos la mano». Sin embargo, añade, «el tolerar problemas sin solución crea un sentimiento de impotencia, una herida narcisista. El profesional se siente desesperanzado o despreciado pero el paciente puede seguir acudiendo a él porque ha captado cierta capacidad de contención. Hay que además evitar que el paciente pierda su autonomía, favorecer sus capacidades de autocuidado, de elaboración del dolor, la impotencia, la frustración. Las organizaciones sanitarias no adjudican el papel que les corresponden a las técnicas psicosociales y los consumidores buscan en medicinas alternativas esotéricas esa consonancia emocional. Es imprescindible ser capaces de contener la duda y el temor del paciente (...). El médico (Tizón, 1990) puede tener tendencia a la actuación ante las dificultades de mentalización del conflicto, pasando a recomendar exploraciones, cambios de medicación, críticas a los otros profesionales o más sutilmente favorecer en el consultante esas mismas actuaciones. Debe evitar la actuación conteniendo la frustración y la impotencia, la culpa y la depresión, la ira y la agresividad».

4. PARTICIPACIÓN EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA

McGorry (McGorry, 2000) señala que hasta 1960 la psicoterapia dinámica preveía en el tratamiento de la psicosis pero que después decayó y el personal dejó de formarse en ese campo. La formación se orientó entonces primero hacia «un conductismo deshumanizante e ineficaz» y luego el cognitivismo como compromiso. En los últimos años ha renacido el interés hacia los tratamientos dinámicos al demostrarse su eficacia en determinados trastornos (Hogarty, Kornblith, & Greenwald, 1997). Aunque hubo ya algunos pioneros en la intervención precoz en la esquizofrenia, como Sullivan (Sullivan, 1927), sólo en las últimas épocas se ha consolidado el optimismo, alentado por los países escandinavos (Alanen, Lethinen, Aaltonen, & Rakkolainen, 2000).

En efecto, Johannessen y cols. (Johannessen, Larsen, McGlashan, & Vaglum, 2000), en Escandinavia han evaluado un programa de intervención precoz que desarrollaron para reducir el tiempo de psicosis no tratada (DUP), mediante campañas de información al público sobre métodos de reconocimiento de los síntomas en estadios tempranos, con resultados favorables.

Por su parte, Alanen (Alanen et al., 2000) en Finlandia han utilizado con éxito un modelo integrado (principalmente psicoterapéutico dinámico-sistémico) de tratamiento precoz de la esquizofrenia, trabajando intensamente con las familias y realizando visitas a domicilio. La incidencia de esquizofrenia se redujo de un 24,6 por 100.000 entre los años 1985-89 a un 10,4 entre los años 1990-94 en que funcionó el programa. Un 40% de los pacientes que antes hubieran sido hospitalizados fue tratado ambulatoriamente. Mientras que el año 1992 había 3,5 por 10.000 pacientes de larga estancia en Finlandia, en ese sector cayó a 0 en 1990 y siguió así después.

El interés por estos programas ha llevado a la creación de la International Society for the psychological treatments of the Schizophrenias and other Psychoses (ISPS) y del Early Psychoses Prevention and Intervention Center (EPPIC) Programm, en Australia que promocionan este tipo de programas.

5. TRATAMIENTOS PSICOTERÁPICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los tratamientos formales son muy difícilmente aplicables en la atención primaria de salud (Goldberg et al., 2001) por lo que deben ser realizados en dispositivos «secundarios». En Atención Primaria hay que aplicar nuevas estrategias asistenciales como (Coderch, 1991; Pérez Sánchez, 1987) psicoterapias breves y focales, entrevistas de contención, entrevistas de elaboración de duelos concretos, seguimientos psicológicos, los procesos de flash psicoterapéutico, etc. Hay técnicas mixtas con referencia psicoanalítica utilizando elementos técnicos conductistas, cognitivos conductuales o psicodinámicos: protocolos para la enuresis funcional o para la autonomización progresiva o para las técnicas de relajación.

Tizón recomienda la utilización en la práctica clínica diaria la llamada «técnica del flash» que mencionaron al final de sus vidas los esposos Balint⁴.

6. RESPONSABILIDADES LEGALES DE LOS PROFESIONALES NO PSIQUIATRAS

La responsabilidad legal compete sobre todo al médico pero los demás profesionales la comparten actualmente en grado variable. En el volumen 5 de esta obra (Guimón, 2002) se revisan las normas internacionales que deben inspirar a las distintas legislaciones nacionales.

Aun a riesgo de burocratizar en exceso su actividad, el profesional debe registrar y escribir todos los pasos y actuaciones terapéuticas que impliquen posibles repercusiones legales. Cualquier hecho problemático o conflictivo debe quedar reflejado por escrito con firma y localizado en el tiempo, de acuerdo con el manual de actividades clínicas de la unidad.

Todo paciente tiene derecho a recibir información sobre las técnicas diagnósticas y los cuidados y tratamientos que recibe, sus posibles riesgos y los efectos secundarios y si los riesgos son graves, salvo en caso de urgencia e incapacidad del paciente, debe obtenerse su consentimiento por escrito.

Toda relación terapéutica exige confidencialidad estricta dentro y fuera del ámbito en que se produce el contacto con el paciente.

Las prácticas profesionales que lesionan física o moralmente al paciente, si son la consecuencia de falta de atención al paciente o de impericia del profesional constituyen situaciones de «mala práctica» (malpractice) que pueden ser perseguidas legalmente.

1 a. Colaborar en las acciones de fomento de la Salud y de protección contra la enfermedad y accidentes, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes; b. Contribuir a la atención de las necesidades físicas, psíquicas y sociales del enfermo, prestándole asistencia, tanto en los servicios de Salud como a domicilio, en régimen normal y de urgencia; c. Colaborar en las acciones de rehabilitación y reinserción social del individuo, realizando las tareas que estén dentro del ámbito de cuidados de enfermería; d. Aquellas otras acciones de análoga naturaleza que sean propias de los cuidados de enfermedad.

2 Como comenta Tizón, los mecanismos de defensa con que se presentan el paciente y su familia son la escisión-disociación, la somatización y la identificación proyectiva masiva: «el predominio de la somatización, dice ese autor, se entiende por el hecho de que el medio médico a través de su «labor apostólica» a menudo biólogo favorece el que los pacientes expresen sus ansiedades y conflictos por esa vía».

3 En las consultas de Asistencia Primaria dominan las ansiedades persecutorias y las confusionales-primitivas o de diferenciación-indiferenciación, es decir, los conflictos psicóticos, persecutorios y/o confusionales, estimuladas por la transferencia institucional, la masificación, etc. A veces, se elaboran esas ansiedades hacia ansiedades reparatorias y depresivas, más relacionadas con la preocupación amorosa hacia el objeto y la culpa reparatoria sentida hacia él».

4 Mediante determinadas técnicas, se activa la producción en la entrevista de irrupciones repentinas y generalmente breves de sentimientos, que colocan al médico y al consultante en la misma longitud de onda. Ocasionalmente, el paciente es capaz de aceptar un contacto emocional intenso, como el creado por el flash, pero, por temor a la dependencia, se retrae luego, por lo que el médico debe dejarle «retraerse». La capacidad para desarrollar las disposiciones para el flash está descrita en algunas obras, pero idealmente se adquiere a través de la participación de grupos Balint o mediante psicoterapias personales. El flash permite el establecimiento de una confianza mutua, aunque su utilización inadecuada masiva puede ser peligrosa.

Capítulo 5

Las psicoterapias en la práctica de los profesionales

Existen pocos estudios recientes que examinen bajo un ángulo cuantitativo, las prácticas psicoterapéuticas de los profesionales y los que existen se refieren casi exclusivamente a los psiquiatras (Olfson et al., 1994; Dorwart et al., 1992).

Las psicoterapias se realizan tanto en consultas ambulatorias aisladas como en instituciones públicas y privadas. Los profesionales de la Salud mental se ven sujetos a condicionamientos distintos en las diversas situaciones.

Cuando un profesional realiza una psicoterapia en una institución se ve sometido a una serie de coacciones (Boucherat-Hue, 2001b), que le resultan sumamente molestas, pero que son necesarias para proteger de igual manera al tratante y a su cliente contra todo exceso de subjetivismo.

1. LA DISMINUCIÓN DE LA PRÁCTICA EXCLUSIVA DEL PSICOANÁLISIS

Unos pocos estudios que abordan (Guimón et al., 1998; Kane & Harper, 1992; Guimón, 1990) la cuestión de la práctica del Psicoanálisis muestran que se practica actualmente menos que hace unos decenios como técnica exclusiva¹. En un estudio en Francia, por ejemplo, Bergeret y al. (Bergeret, Defayolle, & Saliba, 1987)², constataron que tan sólo el 16% de los psicoanalistas encuestados utilizaba exclusivamente el Psicoanálisis, mientras que la mayoría practica la psicoterapia de inspiración psicoanalítica, sobre todo individual. En otra encuesta en los Estados Unidos, los psicoanalistas³ dedicaban un tiempo relativamente escaso al Psicoanálisis (media de 4 pacientes en análisis y 12 en psicoterapia por semana y realizaban otras actividades (Brauer & Brauer, 1993). En otro trabajo (Donovan & Roose, 1995) se vio que cerca de los dos tercios tenían al menos un paciente en análisis que consumía psicotrópicos y que consideraban esta

utilización beneficiosa, confirmando así los resultados de Kane y Harper (Kane & Harper, 1992) y Olfson y al. (1994a).

En una investigación que realizamos en España (Guimón, González-Pinto, Sanz, & González-Ceinos, 1988), era sólo en los servicios privados donde se realizaban tratamientos individuales descritos como «Psicoanálisis»⁴ aunque una proporción elevada de los psiquiatras realizaba psicoterapias dinámicas.

El 82,4% de los psiquiatras que respondieron a una encuesta que realizamos en Suiza⁵ (Guimón, Fischer et al., 1997b) manifestaban una actitud analítica y practicaban psicoterapias dinámicas. Un quinto decían practicar sólo en la perspectiva psicoanalítica. Se podría pensar que la referencia psicoanalítica tiene esta predominancia en Suiza a expensas de las terapias de tipo biológico. Pero nuestros resultados muestran que la amplia mayoría utiliza también tratamientos biológicos (tratamientos mixtos 91%; farmacoterapia 68%).

Para una gran parte de los psiquiatras suizos interrogados, se puede hablar sin duda alguna de un eclecticismo técnico, que se manifiesta en la utilización de prácticas diversas, en la mención de la adhesión a varios modelos psiquiátricos y en la expresión de intereses en diferentes campos de la Psiquiatría. Varios resultados (práctica generalizada de la psicoterapia de inspiración analítica, adhesión mayoritaria a un modelo dinámico, conocimientos e intereses extremadamente centrados en el campo del Psicoanálisis) tienden a apoyar la idea de que estos psicoanalistas, que aplican técnicas diferentes para los pacientes no aptos para una cura ortodoxa mantienen, de base, sin embargo, una auténtica actitud analítica.

Los únicos trabajos que mencionan una práctica de orientación psicoanalítica tan extendida como la suiza son el de Cypres (1978) y el de Yager y al. (1979), en EE.UU., pero ambas encuestas datan ya de hace más de veinte años y estudiaban sólo a psiquiatras que trabajaban en el sector ambulatorio.

La cuestión de la identidad de los psicoanalistas ha sido objeto de numerosos debates (Gerin & Vignat, 1984; Joseph & Widlöcher, 1979; Santa Eufemia, 2001). Si la referencia psicoanalítica es sin duda alguna fundamental para ellos, las diferentes roles que pueden desempeñar en los campos psiquiátrico y psicoanalítico contribuyen a configurar expresiones diferentes de esta identidad. Por un lado, existen psiquiatras-psicoanalistas que se muestran relativamente eclécticos, en virtud de las obligaciones propias de sus funciones en instituciones en que colaboran o de la diversidad de su clientela. Por otro, hay defensores acérrimos de la pureza psicoanalítica.

Es probable que las modificaciones muy importantes que actualmente conocen los sistemas de Salud (restricciones de gastos, introducción del «managed care», etc.) así como las dificultades económicas y las amenazas sobre el empleo que vive una parte importante de la población en Europa seguirán influenciando la práctica psiquiátrica y psicoanalítica. En los Estados Unidos y en otros países (Sjödin, 1994), se evoca una disminución del número de los pacientes en análisis, mientras que aumenta considerablemente el número de psicoanalistas que se ven obligados a colaborar con las Compañías de seguros que funcionan como HMO (Brauer & Brauer, 1993). En estas condiciones, se puede augurar que los psiquiatras-psicoanalistas se verán obligados a trabajar de forma diferente, según las particularidades de los países o de las regiones en donde trabajen, la diversidad de los equipos psiquiátricos y la importancia de las diferentes categorías de terapeutas, psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas.

2. PSICOTERAPIAS

2.1. Algunos datos internacionales

Actualmente se tiende a una aproximación ecléctica o plural en las psicoterapias en un movimiento hacia la integración conceptual de los modelos teóricos (Beitman et al., 1989) debido a varios factores: la insuficiencia de cada una de las teorías tomada de forma aislada; la ausencia de la eficacia superior de una terapia respecto de otras; la búsqueda de factores terapéuticos comunes a diferentes terapias; la importancia concedida a las características de los pacientes y a la relación terapeuta-paciente; y las circunstancias sociopolíticas. Estas últimas (reducción de recursos materiales, la influencia ejercida por el sistema de los seguros sanitarios, el aumento de la competitividad, etc.) aumentarán probablemente su presión sobre el sistema de Salud mental en el futuro.

Los resultados de una encuesta que realizamos en Suiza (Guimón, Fischer et al., 1997b)⁶ confirman, en efecto, que los profesionales practican un cierto número de enfoques clínicos teóricos (psicoanalítico, cognitivo-comportamental, sistémico) en distintos encuadres (individual, familiar, de pareja o de grupo).

En la otra investigación arriba mencionada que realizamos sólo sobre psiquiatras⁷ vimos que sustentan enfoques clínicos variados pero con una tendencia claramente ecléctica (Guimón et al., 1998a): el 92% de los psiquiatras llevan a cabo tratamientos mixtos; el 81% practica psicoterapias de inspiración analítica; el 80% entrevistas de pareja o de familia; el 47% terapias sistémicas; el 35% terapias cognitivas; y el 76% intervenciones ante terceros.

La concordancia entre tipos de prácticas terapéuticas y modelos de referencia era estrecha pero existían algunas discrepancias porque una práctica terapéutica predominante no implicaba adhesión exclusiva al modelo teórico correspondiente.

2. 2. Las actividades psicoterapéuticas de los profesionales españoles

En España hace quince años tan sólo el 35% de los psiquiatras españoles que trabajaban en el sector público utilizaban la psicoterapia dinámica (Azcunaga, Sacanell, & Guimón, 1986; Guimón, 1990) y las cifras serían hoy seguramente inferiores.

Los datos que obtuvimos más recientemente son parciales y contienen diversos sesgos, entre otros el de haber sido obtenidos en un colectivo de profesionales pertenecientes a una asociación de psicoterapeutas y no en la población total de profesionales. Sin embargo, pueden dar una idea aproximada de la variedad de actividades terapéuticas desarrolladas.

Se envió un cuestionario a los miembros de la Federación Española de Psicoterapeutas que agrupa a varias Asociaciones de psicoterapeutas individuales o grupales, de distintas orientaciones (psicodinámica, sistémica, cognitiva, etc.). De los 1.000 cuestionarios enviados se nos devolvieron 263 que provenían de personas de distintas profesiones (tabla 2).

Los profesionales que respondieron eran en su mayoría del sexo femenino, excepto en la profesión de psiquiatra (Tabla 3).

Los profesionales tenían una edad y una experiencia medias, excepto los psiquiatras, quienes tenían más de 50 años (tabla 4) y contaban, en consecuencia, con más años de experiencia (tabla 5).

Los profesionales con práctica psicoterápica consultados realizaban su actividad más frecuentemente en el sector privado, lo que puede explicar que formaran parte de una Federación Asociaciones de Psicoterapeutas (con objetivos en parte acreditadores de la actividad liberal), que resulta de menos interés para quienes practican preferentemente en el sector público (Tabla 6).

Los profesionales declaraban seguir una o varias orientaciones teóricas, siendo la dinámica con gran diferencia la más mencionada (tabla 7), sin grandes diferencias entre las diversas profesiones.

161 encuestados tenían una práctica de grupo (tabla 7), aunque dedicaban una parte pequeña de su tiempo a esta actividad, sin que hubiera grandes diferencias entre las profesiones.

3. Las actividades de «relación de ayuda»

Además de las tareas específicas que los distintos componentes de los equipos desempeñan en Salud mental, (capítulo 4) los profesionales tienen que adoptar una actitud de «relación de ayuda» que se manifiesta en la atención que prestan a sus pacientes durante sus interacciones. Esa relación de ayuda se puede describir según actividades a desarrollar en diferentes etapas de la relación, en la que se suelen identificar tres fases: de acogida, de trabajo y de finalización.

Durante las primeras entrevistas se trata de establecer una relación de confianza y determinar las motivaciones del paciente para buscar ayuda y se establece un plan de acción.

Posteriormente se aplican los cuidados necesarios mediante la palabra y la actuación sobre su cuerpo, cuando ello es necesario (Guimón, 1997; Guimón, 1996) para el diagnóstico y el tratamiento. En relación con los tratamientos farmacológicos propuesto por los médicos, el personal no médico puede tener un papel fundamental en la discusión de los efectos indeseables y en la facilitación del cumplimiento de las prescripciones.

Cuando llega el momento se debe advertir al paciente con suficiente anticipación de la finalización de la relación, haciendo un balance de lo logrado y estando atento a las posibles reacciones que la separación puede provocar en el paciente.

En el transcurso de la relación de cuidados se producen reacciones transferenciales y contratransferenciales (ver capítulo 1), así como resistencias, que el profesional debe ser capaz de detectar y manejar adecuadamente.

4. EL PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS

Es difícil evaluar el interés del Psicoanálisis en las instituciones porque quienes pretenden realizarlo tienen una formación muy variada y es muy difícil definir qué profesional puede sin abuso llamarse psicoanalista. Boucherat, tratando de este tema (Boucherat-Hue, 2001) llama psicoanalista «a aquel a quien ha podido ser transmitida esta manera de pensar gracias a una experiencia personal suficiente, a experiencias psicoterapéuticas supervisadas y a una formación teórica y clínica complementaria». Señala que la práctica indiscriminada del Psicoanálisis en una institución puede llevar a numerosos «desastres y (...) decepciones (...) si uno se aferra a una escucha «pura» y rígida. No es cuestión entonces de saber lo que debemos o lo que podemos decir, o lo que no se dice. Se trata de nuestra propia manera de pensar, de las asociaciones de representaciones y de afectos que se construyen y que se llevan a cabo en el diálogo con el otro. ¿Cómo puedo yo «pensar» con aquella persona, en la situación en la que se encuentra, en función de demandas conscientes e inconscientes que se expresan en ella?».

André Green distingue en ese sentido entre «el trabajo de Psicoanálisis» (psicoterapia psicoanalítica incluida, en el consultorio del analista), y «el trabajo de psicoanalista» (en

cualquier lugar donde éste pueda ser llamado para realizar su trabajo fuera del medio normal, especialmente en los hospitales).

Para Boucherat-Hue (Boucherat-Hue, 2001a) la práctica de quienes legítimamente realizan Psicoanálisis en las instituciones tiene en común: «en el plano teórico, un compromiso claro y firme del lado de la psicopatología clínica y de la nosología psicoanalítica a partir de una teorización metapsicológica del funcionamiento psíquico; en el plano metodológico, el mantenimiento de una práctica de psicoterapia psicoanalítica que se aleja radicalmente de las técnicas de «espolvoreamiento» psicoanalítico, de terapias breves y focales, o incluso de apoyo psicológico; en el plano clínico, el hábito de colaborar concretamente, en un mismo lugar y sin tanta lucha ideológica, con diversos profesionales de la Salud mental, y por consiguiente, de tomar parte alrededor de un mismo paciente en una estrategia de atención «puesta en red», que asocia la psicoterapia psicoanalítica a otros abordajes terapéuticos (bio-psiquiátricos, cognitivo-conductistas, artísticos, grupales, etc.)».

Consideradas así las cosas, dice Green, «la oposición entonces ya no se situaría entre psicoterapias y cura tipo dentro del dominio psicoanalítico sino, en el seno del vasto campo transdisciplinario de las psicoterapias, entre psicoterapias de apoyo llevadas a cabo por diversos profesionales del campo de la Salud mental y psicoterapias psicoanalíticas conducidas por psicoanalistas. Se trataría efectivamente de «distinguir las psicoterapias que se encuentran claramente fuera de los objetivos y de los procedimientos del método psicoanalítico [...] utilizando más o menos la sugestión, el condicionamiento [...] el aprendizaje, el sostén [...], de las psicoterapias cuya mira está en el acercarse lo más posible a las condiciones de la cura, teniendo en cuenta la inaplicabilidad del escenario psicoanalítico [...] pero sin cesar de referirse, en el trabajo psíquico del analista, lo más posible al modelo de la cura (el escenario como interiorización del análisis del analista más que como un protocolo que se debe poner en práctica)».

Durante muchos años se consideró que, como lo había supuesto Freud, los psicóticos no eran accesibles al Psicoanálisis puesto que por su narcisismo primario, no eran aptos para la transferencia. Sin embargo, como lo dice Kaës (Kaës, 2000c) la práctica del Psicoanálisis se ha impuesto en muchas instituciones, pero «no sin que algunos problemas importantes hayan sido suficientemente evaluados: el de las modalidades específicas de organización de la contratransferencia y de la transferencia, y por lo tanto de las resistencias, en un espacio psicoanalítico contenido en un espacio heterogéneo».

Widlöcher (Widlöcher, 2001) señala que, hoy en día, la realidad es que «la mayoría de los psicoanalistas inscritos en las instituciones psicoanalíticas dedican más de la mitad de su tiempo a lo que conviene llamar psicoterapias. Un número mayor aún es llevado a cabo por psicoterapeutas que no han podido o no han querido pedir su admisión en las instituciones a las que pertenecen los primeros. El Psicoanálisis no es un coto vedado. Es el terreno en el cual se desarrolla la práctica psicoterapéutica. Ésta no sólo no debe asfixiar a la práctica de donde se origina sino que debe, al contrario, vivificarla».

1 Sin embargo, como hemos comentado antes, el modelo dinámico sigue siendo una referencia teórica importante (Guimón et al., 1998) en muchos países europeos.

2 Al examinar las prácticas de los psicoanalistas miembros de la Sociedad Psicoanalítica de París.

3 En un estudio entre los miembros de la American Psychoanalytic Association, de los cuales el 95% eran entonces psiquiatras.

4 Se vio que el perfil de actividades desarrolladas en servicios públicos y privados era sensiblemente diferente. El 84% de los psiquiatras que trabajaban en los servicios

públicos y el 100 % de los que trabajaban en la práctica privada realizaban psicoterapias de orientación analítica. En cualquier caso, en ambos tipos de asistencia el tratamiento mixto era el más frecuente.

5 Enviamos por correo un cuestionario a cerca de 2.300 psiquiatras establecidos en la práctica privada o trabajando en instituciones en Suiza. El índice de respuesta fue del 44% y se utilizaron para este análisis 971 cuestionarios de los 1.000 devueltos.

6 Se envió un breve cuestionario a 6.300 profesionales: Psiquiatras de la Société Suisse de Psychiatrie, Psicólogos de la Fédération Suisse des Psychologues, Enfermeros y otros profesionales de la Salud del Departamento de Psiquiatría de los Hôpitaux universitaires de Ginebra. Además de sobre los datos sociodemográficos clásicos, se les interrogaba sobre las características de las actividades psicoterápicas que realizaban. Recibimos 1.101 repuestas, es decir un 18% de los cuestionarios enviados.

7 Distribución de la práctica de grupo según la profesión (en %)

Capítulo 6

El profesional en la institución

Los avances más fructíferos para la evaluación de las instituciones se deben sin duda a la moderna ciencia de la organización institucional. Desde esa óptica, las instituciones psiquiátricas no son muy diferentes que el resto. Todo hace pensar que, aunque en el futuro será de utilidad contar con una taxonomía de la patología organizacional, resultará muy distante de las tipologías que aporta el diagnóstico psiquiátrico.

Sin embargo, a la hora de considerar las relaciones de los profesionales con las instituciones de Salud mental en las que colaboran resulta indudable la utilidad de las aproximaciones de algunos autores de orientación psico-socio-analítica, que resumimos en este capítulo.

1. GRUPOS, ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES

El punto común de los dispositivos asistenciales involucrados en la Salud mental, como en todas las entidades psicosociales (Petit & Dubois, 1998) es el estar constituidos por grupos, compuestos por individuos que se descubren a lo largo de los días, que por lo tanto se conocen, interaccionan y se encuentran en un estado de interdependencia no sólo funcional –por el trabajo– sino también psicológica. Siguiendo a Lapassade (1970, citado por Petrit (Petit & Dubois, 1998)) podríamos describir tres niveles en tales dispositivos asistenciales: a. grupos (por ejemplo, un equipo de Salud mental); b. organizaciones (por ejemplo, un hospital psiquiátrico); c. instituciones (por ejemplo, una dependencia ministerial que define todo lo que está establecido a través de una Ley de Salud mental que brinda a la institución su fuerza legal).

1.1. Grupo

Kaës (Kaës, 2000c) define al grupo como «un conjunto de individuos que interaccionan (con roles, estatutos, etc) y comparten ciertas normas en la realización de una tarea». Considera que en todo grupo existe un tipo de relación que, «paradójicamente, es una no-relación, es decir una no-individualización» que se impone como la matriz o la base de todo grupo y persiste de manera variable durante toda la vida. Llama a este tipo de relación «sociabilidad sincrética», para diferenciarla de la «sociabilidad por interacción» (...). La interacción es la figura de una Gestalt sobre el fondo de la «sociabilidad sincrética».

El individuo es objeto de presiones por parte de sus pares para que adopte opiniones y conductas de acuerdo con las normas del grupo (conformismo). Pero el conformismo no tiene siempre un carácter tan coercitivo: el individuo puede valorizar su pertenencia al grupo y conformarse a sus normas con el fin de conseguir un objetivo personal, por ejemplo satisfacer su necesidad de relaciones afectivas.

Por otra parte, los grupos generan cierta solidaridad que permite al individuo defenderse de manera más eficaz contra las presiones de la organización. Los individuos pueden utilizar los sistemas de roles y de normas institucionalizados dentro de la organización, para reforzar sus mecanismos de defensa contra la ansiedad (Jacques).

La afiliación al grupo aporta a sus miembros además una cierta seguridad que se afianza por el hecho de que sus miembros «viven juntos y simultáneamente el mismo proceso de acceso a la identidad» (Sainsaulieu, 1977), citado por Petit (Petit & Dubois, 1998)1.

1.2. Organización

La corriente de la «Organización Científica del Trabajo» consideraba que las organizaciones funcionan como una maquinaria cuyos engranajes se ajustan perfectamente los unos a los otros, ignorando los factores afectivos consecutivos a las relaciones entre sus miembros. En cambio, las llamadas teorías de las Relaciones humanas enriquecidas por la corriente de las Neo-Relaciones humanas (Mc. Gregor, 1974; Maslow, 1943; Herzberg, 1971, citados por Petit (Petit & Dubois, 1998)) muestran que las organizaciones originan una serie de satisfacciones e insatisfacciones en los seres humanos que en ellas participan.

En una organización, los individuos, grupos, locales y servicios que la componen se articulan en una interdependencia necesaria para la realización del objetivo común de producir un bien o un servicio. Toda modificación de un elemento conlleva la modificación de todos los demás.

El trabajo puede ser una fuente de expansión y de realización personal cuando la organización funciona conforme a un ideal de «familia feliz».

1.3. Institución

Una institución (que puede ser tanto un grupo como una organización) se define como (Mendras, 1979, citado por Petit (Petit & Dubois, 1998)) «un conjunto de normas que se aplican en un sistema social, y que definen lo que es legítimo y lo que no lo es en ese sistema». Para resumir la distinción entre organización e institución Petit y Dubois (Petit & Dubois, 1998) toman como ejemplo la educación que «es, por excelencia, una institución, es decir un conjunto de ideas, de creencias y de normas de conducta propuestas y frecuentemente impuestas a los individuos de una sociedad determinada. Pero, un grupo escolar primario, una escuela secundaria, una universidad, un ministerio de educación o un rectorado, son organizaciones que se nutren de la institución educación brindándole al mismo tiempo una base concreta de existencia».

Kaës (Kaës, 2000c) señala que el concepto de institución ha sido utilizado con significados muy diversos y él lo emplea al referirse «al conjunto de las normas, reglas y actividades agrupadas alrededor de los valores y de las funciones sociales». Aunque la institución podría también definirse como una organización, en el sentido de una disposición jerárquica de las funciones que se llevan a cabo generalmente en el interior de un edificio, de una área o de un espacio delimitado, él utiliza la palabra organización, exclusivamente, para esta segunda acepción.

Para Kaës toda organización tiene tendencia a mantener la misma estructura que el problema que trata de enfrentar o para el cual ha sido creada: «Así, un hospital termina teniendo, como organización, las mismas características que los enfermos (aislamiento,

deprivación sensorial, déficit de comunicaciones, etc.). Nuestras organizaciones psiquiátricas, nuestras terapias, nuestras teorías y nuestras técnicas tienen también las mismas estructuras que el fenómeno que tratamos de enfrentar. Se han convertido en organizaciones; llevan a cabo por este motivo la misma función de mantenimiento y control del clivaje: una tendencia a la burocratización. (...) el staff técnico o el equipo administrativo de un hospital tienen también tendencia a estructurarse como organizaciones (...). Jacques ha afirmado que las instituciones sirven como defensa contra las angustias psicóticas. Esta afirmación es limitada, y es más preciso decir que las instituciones y las organizaciones son depositarias de la sociabilidad sincrética o de la parte psicótica, y que eso explica bien la tendencia a la burocracia y la resistencia al cambio».

2. LA DINAMICA INSTITUCIONAL

Antes de empezar una consultoría en una organización de Salud mental, es indispensable realizar un diagnóstico sobre los sistemas organizacionales en su conjunto, y los sub-sistemas que la componen (Petit & Dubois, 1998): los grupos reales de trabajo, los departamentos o servicios, un nivel jerárquico particular, el equipo de dirección y los ejecutivos de un nivel medio, etc. Concretamente, un diagnóstico de esta índole, consiste en cuestionarse acerca del funcionamiento de la organización. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Cómo se elaboran los objetivos y los planes? ¿Cómo se comunican los profesionales y los grupos? ¿Cuál es el estado de las relaciones entre los grupos? ¿Cómo solucionan sus conflictos?.

2.1. El método socioanalítico en el estudio de las instituciones de Salud mental

En el método socioanalítico el consultor vive con la organización considerada en su totalidad, una relación «profesional» que excluye todo vínculo privado o privilegiado con unos y otros miembros o grupos de la organización y les impone la confidencialidad con relación al exterior, a menos que exista un acuerdo explícito del sistema organizacional para la publicación de ciertos resultados. Por otro lado, el procedimiento socioanalítico se refiere a nociones psicoanalíticas para esclarecer ciertos fenómenos: a. la ambivalencia de los profesionales, a la vez atraídos por el cambio y desalentados por el hecho de tener que cambiar ciertas conductas; la transferencia positiva por la que los profesionales proyectan sobre el consultor su deseo de cambio; la transferencia negativa, por la que proyectan sobre el consultor sentimientos de hostilidad que esconden, de hecho, la resistencia al cambio.

Dubost propone que esas resistencias constituyen mecanismos de defensa contra las ansiedades que pueden analizarse y vencerse mediante un método llamado «perlaboración» o «elaboración interpretativa» (equivalente al «working through» psicoanalítico): un consultor con una formación en métodos de grupo, atrae la atención grupal hacia interpretaciones que conciernen hechos conocidos por todos, sobre la naturaleza de las resistencias que obstaculizan su progreso. El consultor, dice Kaës (Kaës, 2000b) «debe aprovechar todas las oportunidades que se le presentan a lo largo de las reuniones para aclarar «aquí y ahora» el significado de los sentimientos (miedo, culpabilidad, desconfianza) que provocan cambios que son percibidos a la vez como necesarios y amenazantes por el grupo»².

Las referencias psicosociológicas (Petit & Dubois, 1998) surgen a partir de los trabajos de Jacques quien, a su vez, se inspiró en Bion (1965) y Lewin que, en la frontera del Psicoanálisis y la Psicosociología, estudiaron el desarrollo de los procesos inconscientes dentro de los pequeños grupos³. Por su parte, Rapoport en el Instituto Tavistock con su

procedimiento de «investigación-acción» intentó aplicar esos conceptos a personas que se encuentran en situaciones problemáticas (Rapoport, 1973, citado por Petit (Petit & Dubois, 1998)).

2.2. Las referencias psicoanalíticas

Comenta Kaës (Kaës, 2000a) que «aún no disponemos de los medios necesarios para el establecimiento de una teoría psicoanalítica de la institución, comenzando por la constitución de su objeto». Las primeras reflexiones de Jacques al respecto surgieron en el contexto de un proyecto de investigación del gobierno laborista inglés en el que participó como consultor en el dominio de los conflictos en el trabajo inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial. Definiendo a las instituciones desde un punto de vista socio-analítico, Jacques distinguió dos conceptos: el de «estructuras sociales» que son el conjunto de roles ocupados por las personas y la manera en la cual los roles son distribuidos en el interior de la jerarquía ejecutiva; el de «mecanismos culturales» que son las normas, tabúes, hábitos que estructuran una institución determinada (Fornari, 2000).

El modelo de la Escuela Kleiniana considera a las instituciones descritas como mecanismos de defensa contra la angustia primaria persecutoria y depresiva. Las nociones de continente-contenido (Bion) y de función de contenedor (Kaës) han promovido la reflexión acerca de la necesidad de encontrar un lugar (la supervisión o la intervisión) en el que las angustias y los conflictos intrapsíquicos e intersubjetivos presentes en la institución puedan ser actualizados, escuchados y pensados. Por su parte, los trabajos de D. Anzieu sobre el Yo-piel y las envolturas psíquicas han fomentado investigaciones sobre las envolturas grupales e institucionales⁴.

La visión psicoanalítica tiene también en cuenta el «clima» característico de cada institución: «la historia y la estructura de la institución, la naturaleza y las dificultades de su tarea primaria, la infraestructura inconsciente, que organizan las relaciones en búsqueda de satisfacciones (Kaës, 2000b)⁵. En ese sentido, la «familia» surge como referencia constante, ejemplo privilegiado e incluso justificación y legitimación del recurso al análisis. (Vidal, 2000).

Señala Kaës que las instituciones infligen a los profesionales varias heridas narcisistas: deben darse cuenta de que la institución no «está hecha para cada uno de ellos personalmente, como la Providencia»; por otra parte han debido admitir que «la vida psíquica no está exclusivamente centrada en su inconsciente personal (...) su inconsciente no les pertenecen a ellos mismos sino a las instituciones sobre las cuales se apuntala y que dependen de este apuntalamiento». Sin embargo, dice «las instituciones no son inmortales. El orden que imponen no es inamovible, los valores que proclaman son contradictorios y niegan lo que las fundamenta»⁶.

3. EL DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

El traspaso de los conocimientos de organización institucional al estudio de los ambientes terapéuticos en los que el paciente se desenvuelve, ha enriquecido notablemente la comprensión del hábitat en que la enfermedad mental se desarrolla (Guimón, 1989). Algunos autores, como Gruenberg (1968), afirman que «las necesidades de la epidemiología psiquiátrica no se verán satisfechas únicamente por la clasificación de los trastornos mentales. Se debe estar capacitado para clasificar los datos del ambiente («condiciones») en las que los trastornos se manifiestan o no se manifiestan». Sin embargo, en opinión de Hermann (Hermann, 1984) existe entonces el peligro de incluir en las clasificaciones diagnósticas datos que no caracterizan al

enfermo sino a su ambiente. Tales datos «periféricos» tienen interés y nos ayudan a comprender el trastorno, pero no caracterizan al paciente como tal. Sería, probablemente, mejor registrarlos separadamente y cruzarlos con los diagnósticos cuando se quiera. Algunas clasificaciones multiaxiales son una tentativa de solución de ese problema.

Lo cierto es que los psiquiatras desarrollan con frecuencia su labor en el contexto de instituciones como hospitales psiquiátricos, hospitales generales, centros penitenciarios, acuartelamientos militares, etc. No es excepcional, por lo tanto, que tengan que desarrollar labores administrativas, lo que les ha llevado a interesarse por la evaluación y el diagnóstico de las organizaciones. Aunque un conocimiento de la Psicología individual y, en ocasiones, grupal les ha favorecido la comprensión de la dinámica institucional, es, desgraciadamente, frecuente que hayan intentado transpolar adjetivos y etiquetas provenientes de la nosología psiquiátrica a la calificación de las organizaciones o de sus líderes. Calificar a una organización de «paranoide», a un administrador de «narcisista» o a un empleado de «obsesivo» puede ser una metáfora aproximada pero, en ningún caso, un diagnóstico adecuado. El aplicar tal «diagnóstico» a la organización en sí, puede resultar simplemente ineficaz o pretencioso. Sin embargo, el aplicarlo a los individuos, resulta, sin duda, abusivo y de dudosa eticidad (Guimón, Mezzich, & Berrios, 1989).

Hay que ser extremadamente cauteloso a la hora de plantearse in mente el diagnóstico de la patología o de los rasgos de carácter de una persona con la que se trabaja y mucho más cauteloso al verbalizarlo. Un psiquiatra sólo está capacitado para diagnosticar cuando realiza la toma de datos en circunstancias bien precisas y sólo está habilitado para emitir un diagnóstico cuando es requerido para ello. Cuando existe la duda sobre la patología mental de un miembro de la organización en la que el psiquiatra trabaja, lo adecuado es intentar que consulte con un psiquiatra externo y no emitir diagnósticos como armas arrojadizas (Guimón, 1998).

En caso contrario, al igual que se ha hablado de «interpretaciones salvajes», sería adecuado tener presente el peligro de emitir diagnósticos salvajes o silvestres. Es curioso observar cómo psiquiatras que se muestran opuestos a la utilización de diagnósticos a los pacientes, hacen diagnóstico sobre las organizaciones o sobre las personas que trabajan en ellas, sin datos suficientes y sin un contrato específico para que las realicen.

No quiere esto decir que el recurrir, en ocasiones, a consultores externos que conozcan bien la teoría psicodinámica y que tengan una experiencia organizativa no tenga utilidad. Existen en efecto, estudios que han aportado datos que se han demostrado útiles para el diagnóstico institucional. Otros autores han trasladado sus conocimientos de la evaluación de los grupos al diagnóstico de las organizaciones.

Así, Kaplan (Kaplan, 1983) diagnostica el momento de evolución de una organización, basándose en su experiencia en grupos terapéuticos y en la recolección de datos sistemáticos sobre instituciones por él creadas. Otto Kernberg (Kernberg, 1978, 1979) propone, cuando establece el diagnóstico del síndrome que él llama «regresión organizacional», el realizar un diagnóstico diferencial entre los efectos que la desorganización institucional puede producir sobre un líder, y los problemas creados por la regresión del propio líder. S. H. Foulkes (Foulkes, 1965; Foulkes & Anthony, 1957) propone, para el diagnóstico en las instituciones, la utilización de la técnica grupoanalítica por él creada, de acuerdo con ciertos principios generales.

En el «diagnóstico» de la situación de la organización es necesario estudiar la dinámica intra-grupal y la inter-grupal, prestando una atención particular al organigrama. Se evalúa el grado de burocratización y el grado de fisura existente entre los niveles de

integración y los niveles de sociabilidad sincrética (Kaës). Una vez establecida una estrategia general de intervención, para enfrentarse a los problemas organizacionales se utilizan técnicas de dinámica grupal. Muchos terapeutas en las instituciones psiquiátricas tendrían las habilidades de base para, tras una formación específica, colaborar en la comprensión de la organización en sí misma. Sin embargo, como advierte Bleger (Bleger, 2000) los profesionales de la Salud mental deben tener mucho cuidado de no transferir las dificultades del hospital psiquiátrico al hospital general, y las de estos a las otras organizaciones (industrias, escuelas, etc.)».

4. PATOLOGÍA INSTITUCIONAL

Kaës (Kaës, 1996) dice que el aparato psíquico grupal debe poseer idealmente la capacidad de articular la fuerza y el sentido de las interacciones entre sus miembros, de asegurar la existencia de «un espacio de simbolización que acoja, administre y transforme los elementos pulsionales sin sentido que inmovilizan las formaciones psíquicas comunes». Jean Pierre Pinel (Pinel, 1996) propone que los fenómenos de alteración (déliaison o «desenlace») de los lazos institucionales son puestos en evidencia por una falta de esa regulación económica grupal, tanto por un exceso como por una falta de investimento y son el resultado de una carencia de esa capacidad mencionada por Kaës para el aparato psíquico grupal.

Para comprender los movimientos de «desenlace y reenlace» en las instituciones se ha propuesto recurrir a la teoría de las catástrofes de R. Thom (1989) que ofrece una interpretación de las disociaciones, en términos de accidentes morfológicos, y la reconstrucción de dinámicas catastróficas subyacentes⁷.

Kaës (Kaës, 2000b) habla de la existencia en las instituciones de «ansiedades paranoides, del miedo a lo desconocido o a la situación nueva (...) el miedo se produce frente a lo desconocido que cada persona lleva dentro de sí bajo la forma de no-persona o de no-identidad (o de Yo sincrético) (...). No es solamente la novedad lo que provoca miedo, sino también lo desconocido que existe al interior de lo conocido»⁸.

En las instituciones asistenciales se pueden observar distintos mecanismos de defensa (hipertrofia de la memoria; rituales) y síntomas disfuncionales (ataque contra los pensamientos; exclusión de algunos profesionales; inmovilización), que comentamos a continuación.

4.1. La hipertrofia de la memoria

Correale (Correale, 1996) describe un fenómeno que otros autores (Kaës y coll.,1988; Bion, 1970; Douglas, 1986) han analizado igualmente, que se produce muy frecuentemente en el seno de las instituciones, especialmente cuando éstas están atravesando fases en las cuales los procesos de institucionalización son importantes. Consiste en que hay ciertos hechos que «tienen tendencia a fijarse y casi a petrificarse en el patrimonio colectivo de los recuerdos, siguiendo modalidades rígidas y difícilmente modificables».

Se trata de recuerdos colectivos, casi siempre de acontecimientos relacionales que se han producido en un pasado lejano y que son contados siempre de una manera igual y repetitiva, como para demostrar una hipótesis o una afirmación de la cual tienen que ser la prueba.

Correale afirma que son verdaderas «alucinaciones retrospectivas» puesto que estos recuerdos presentan, por un lado, una gran vivacidad y claridad, una forma de hiperclaridad; pero, por otro, parecen no ser susceptibles a una evolución y a una interpretación distintas a las ya incorporadas al recuerdo en sí. El objetivo fundamental

de estos recuerdos sería la «evacuación» (Bion, 1965 y 1967) de alguna cosa para liberar al grupo, aunque sea de manera parcial o incompleta de sus efectos nocivos.

En ese contexto puede considerarse también el fantasma de «los primeros fundadores», que Eugène Enriquez (Enriquez, 2000) describe gráficamente: «En tales conjuntos ronda el fantasma aquel de los primeros fundadores y de la envoltura mítica que han forjado permitiendo así la fundación de la institución». Las funciones del fantasma son: a. expresar que en el tiempo primordial, en el origen, existía un equipo cohesionado, sin problemas internos, puesto que estaba movido por un proyecto coherente, de donde la aparición de un sentimiento de culpabilidad entre los nuevos que no logran mostrarse dignos de tales ancestros; b. mantener el poder de los fundadores, que están presentes todavía en la institución; c. no cuestionar el proyecto inicial, que si fuera examinado cuidadosamente, mostraría las fallas e inconsistencias que presentaba desde la génesis y que son el origen de las dificultades actuales; d. fomentar las historias, las leyendas, las contra-verdades, los rumores más locos que atestiguan, por una parte la presencia subterránea de una escena primitiva insoportable reproducida con añadiduras de carácter dramático, y por otra parte la perpetuación de una serie de «crímenes» diversos que pasaron en el silencio y que, una vez evocados, aparecen como irrisorios en tanto que acontecimientos, pero que han servido para dar un aire trágico al conjunto de la vida institucional».

4.2. El pseudo-igualitarismo

Las instituciones asistenciales (y más las psiquiátricas) viven bajo la utopía de una ideología «igualitaria». Cada uno de los trabajadores sería un terapeuta. La idea de una «cooperación entre iguales» se plantea, dice Enriquez (Enriquez, 2000) como una necesidad, que es, sin embargo, desmentida enseguida: «cada especialista puede sucumbir al deseo de pensar que los progresos del paciente son debidos únicamente a la técnica específica que él/ella utiliza y que la acción de los otros no es sino una traba. Celos y rivalidad van a manifestarse en lo concerniente a las técnicas y a averiguar quién es el «propietario» del enfermo».

4.3. Los rituales de grupo

Correale (Correale, 1996) subraya la tendencia que tienen las instituciones a preservar los momentos rituales y los hábitos de grupo en general, consagrados por el uso hasta convertirse en verdaderas ceremonias. Se trata de hábitos y formas de comportamiento que se han estratificado a lo largo del tiempo y que frecuentemente han perdido en un pasado lejano las raíces de su origen y que deben ser interpretados como «una forma de patología obsesiva de la institución, en relación con necesidades estrictas de conservación y de autoconservación».

Las instituciones intentan (Enriquez, 2000), por ejemplo, resolver los conflictos entre los profesionales creando sesiones de trabajo en común sobre casos clínicos y reuniones de regulación del equipo. Sin embargo, las intervenciones de algunos profesionales (por ejemplo los psicoanalistas) suelen tener más peso institucional que las de otros (por ejemplo, los educadores); las de los más antiguos (los fundadores) más que las de los nuevos». Finalmente, las reuniones en las que se debería «hablar de los problemas» se convierten en un ritual vacío. Los profesionales hablan, pero las cuestiones verdaderamente importantes rara vez son abordadas, porque, si lo fueran, podrían originar conflictos que pondrían en riesgo la seguridad y la identidad de cada uno» (Correale, 1996).

Jean Pierre Pinel (Pinel, 1996) señala que «las múltiples reuniones organizadas en las instituciones para solucionar temas o conflictos no hacen más que reforzar las vivencias

paranoides o de vaciado psíquico. Esas reuniones, repetitivas y estériles, se limitan a la organización de nuevas reuniones de análisis o de regulación, que no hacen más que reforzar el proceso de entropía. La única «ventaja» que obtienen los profesionales de tanta reunión es evitar la relación con los pacientes».

4.4. El ataque contra el pensamiento y la inmovilización

El profesional mantiene relaciones ambivalentes con la institución porque se encuentra atrapado entre el deseo de satisfacer sus fines propios y la renuncia necesaria al funcionamiento del conjunto. La relación con la institución moviliza afectos negativos como el odio y sobre todo la envidia. El profesional puede verse afectado por una auténtica «parálisis psíquica del pensamiento» (Pinel, 1996) por la que los pensamientos personales que se salen del discurso común son atacados y destruidos».

Para Pinel (Pinel, 1996) las instituciones de asistencia ponen en evidencia su fragilidad por la recurrencia de episodios disfuncionales que marcan su historia. Estas crisis pueden provenir de un exceso o de una falta de investimento («usura institucional») que hace que la institución ya no pueda ejercer «sus funciones esenciales de sistema de defensa contra las angustias primitivas. La angustia, sorda o masiva, se difunde al conjunto de instancias institucionales» (Jacques, 1955).

Todos los procesos mencionados son fuentes de ansiedad para los profesionales que temen las posibles agresiones de la institución contra su seguridad y supervivencia. Deroche denomina «el mito del paraguas» a la tendencia a evocar algún acontecimiento fortuito que habría ocurrido en la historia de la institución, como la omisión de una formalidad por inadvertencia o ignorancia con consecuencias catastróficas infladas por la imaginación. Aunque se sabe que, salvo en caso de gravedad excepcional, el profesional no está arriesgando su empleo, el mito del paraguas permite dar una base racional a todo un conjunto de precauciones y de ritos de protección: multiplicación de los formularios, de los duplicados, de las visas y firmas de los superiores jerárquicos, de las referencias a la reglamentación, etc.

4.5. La exclusión de algunos profesionales

En cualquier caso, se produce un sufrimiento de los profesionales (Pinel, 1996) que se manifiesta en la aparición de chivos expiatorios o en episodios de sacrificio ritual de algún profesional. Señala este autor que «el sacrificio puede tomar la forma de una exclusión manifiesta, de maniobras perversas que conduzcan a que un profesional renuncie (o a que un paciente interrumpa su tratamiento), pero más frecuentemente de la aparición de síntomas psíquicos o somáticos en ciertas personas que se convierten en los porta-síntomas del conjunto». Con frecuencia, se observan ataques envidiosos contra la institución idealizada o contra alguno de sus miembros, que pueden provenir de los profesionales, de los administrativos o de los pacientes. Se forman alianzas inconscientes que se actualizan en acciones perversas «destructoras de los enlaces más elaborados y de la creatividad» (Klein, 1968).

4.6. La utilización de los pacientes por parte de los profesionales

Señala Eugène Enriquez (Enriquez, 2000) que la relación que los profesionales mantienen con sus clientes está moldeada de acuerdo a la relación que mantienen con su institución: «Como pueden encontrarse atrapados por la repetición, el secreto opaco, la culpabilidad y la rivalidad, pueden tener la tentación de utilizar a sus pacientes para expresar sus necesidades narcisistas y para solidificar una identidad continuamente amenazada. A veces se dedican solamente a discutir «sobre teorías analíticas, prácticas educativas, problemas legales, sin mencionar a los enfermos, su sufrimiento específico,

y la relación que el equipo terapéutico debía establecer con ellos». Si, por casualidad los mencionan, es para usurpar la palabra de los pacientes, presentándose como los portavoces de sus pedidos, sin que aquellos con su cortejo de angustias y violencia puedan expresarse directamente en un lugar colectivo en donde su palabra sería esperada y escuchada».

1 En los dispositivos asistenciales psiquiátricos, los grupos constituidos por pacientes psicóticos o con personalidades psicopáticas se diferencian de otros grupos de los que nos tenemos que ocupar en las instituciones (de familias, de personal, etc.) por el grado de clivaje que utilizan en su funcionamiento. Para Kaës (Kaës, 2000c): «un grupo que deja de ser un proceso para establecerse como organización, se ha convertido de grupo terapéutico en grupo antiterapéutico».

2 Dice Kaës que «Jacques precisa así la naturaleza y la importancia de la perlaboración: «cuando hablamos de un grupo trabajando en la perlaboración de un problema, con eso queremos decir mucho más que cuando hablamos de una discusión profunda de un problema. Queremos decir que se ha llevado a cabo un gran esfuerzo para expresar dificultades no reconocidas, muchas veces tabúes sociales que han impedido que se avance en una tarea u otra. Esto conduce al grupo a tomar conciencia de que existen tensiones dentro de él que reducen su eficacia y que aquello implica la voluntad de iniciar la discusión abierta como un medio de poner en marcha su resolución.

3 Dice Kaës: «de manera muy secundaria, el método socioanalítico se ha inspirado en los precursores de la Psicociología de grupos, Mayo, Lewin y Moreano. Lewin merece, sin embargo, una mención particular: Jacques y el Instituto Tavistock en su conjunto, han desarrollado, según las vías originales, la práctica de la investigación-acción, iniciada por Lewin».

4 Así, D. Houzel (1987) había evocado las propiedades de elasticidad, de resistencia, de continencia, de permeabilidad y de consistencia, precisando al mismo tiempo que las envolturas institucionales deben ser capaces de integrar elementos contrastados: el educativo y el terapéutico, el masculino y el femenino, el paternal y el maternal, el parental y el fraternal».

5 Kaës (Kaës, 2000b) dice que la institución «nos precede, nos asigna y nos inscribe en sus lazos y en sus discursos (... pero también) nos estructura a que contraigamos con ella relaciones que sostengan nuestra identidad».

6 Kaës dice que además de los problemas de las relaciones bipolares interno-externo, continente-contenido, determinante-determinado, parte-conjunto, (en la institución) nos encontramos frente a un sistema polinuclear y encajado, en el cual, por ejemplo, el continente (el grupo) del sujeto es el contenido de un meta-continente (la institución).

7 Thom define una catástrofe como «una transición discontinua que tiene lugar cuando un sistema puede tener más de un estado estable, y que puede seguir más de una trayectoria de cambio». Para Pinel (Pinel, 1996) siguiendo el modelo de R. Thom en la institución, se puede considerar cada movimiento de desenlace (que corresponde a un estado o a una forma de vínculo) como una morfología. Según R. Thom (1992), una morfología «resulta de un conflicto entre dos (o más) atrayentes». Cuando uno de los atrayentes es vago o caótico, el conflicto engendra una bifurcación catastrófica que determina discontinuidades en el espacio substrato».

8 Kaës recuerda, a ese respecto que esa es la esencia del Unheimlich la sensación de «lo siniestro» que Freud describe.

Capítulo 7

Los equipos terapéuticos

1. LAS PERSONAS DEL EQUIPO COMO AGENTES TERAPÉUTICOS

1.1. Trabajo en equipo

Una de las características básicas de las intervenciones en Psiquiatría comunitaria es el trabajo en equipo. Un equipo es (Arrazola y cols.) «un pequeño número de personas con habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común de cuyo logro se consideran mutuamente responsables, bajo el liderazgo de una de ellas». El líder utiliza su poder para obtener conformidad, proponiendo incentivos para moderar las resistencias y favoreciendo la negociación para alcanzar los objetivos previamente consensuados con el resto de los miembros del equipo.

El equipo así constituido incorpora todo el potencial que encierran las relaciones informales y la fuerza de la cohesión del grupo y hace posible la realización de numerosas tareas que los miembros aislados no podrían realizar individualmente. El trabajo en equipo proporciona una oportunidad para el desarrollo personal y profesional porque cada miembro aporta su competencia a la vez que aumenta sus propios conocimientos y habilidades. Las discrepancias que aparecen en su seno pueden ser aprovechadas para continuar explorando y profundizando en las cuestiones.

Las relaciones entre los miembros de los equipos terapéuticos son complejas y pueden movilizar angustias que originan a veces disfunciones importantes. Fornari (Fornari, 2000) trae a cuento a ese respecto la parábola de los erizos que Freud toma de Schopenhauer: «Para defenderse del frío invernal, los erizos decidieron juntarse los unos a los otros para calentarse con su propio calor animal, pero, al acercarse, se pincharon y entonces se alejaron nuevamente; al alejarse, tuvieron de nuevo frío y se volvieron a acercar para calentarse, pero se pincharon nuevamente y, una vez más, se alejaron, buscando alternativas para protegerse del frío y de las picaduras. Todo esto hasta que, después de varios intentos, los erizos encontraron la distancia adecuada que les permitía no pincharse, sino calentarse, es decir, protegerse al mismo tiempo del frío y de la picadura». Esta ambivalencia con la que se relacionan los miembros del equipo deriva de las angustias primarias persecutorias y depresivas que se producen en su seno.

1.2. La importancia del autoconocimiento

Existen aspectos subjetivos que cada profesional aporta a la relación (juicios de valor, estado de ánimo) que pueden influir en la relación con el paciente y que es indispensable que el profesional controle. La relación con los pacientes psiquiátricos produce cierta ansiedad y pone en marcha para neutralizar en el profesional diversos mecanismos que pueden dar lugar a actuaciones no encaminadas a resolver los problemas del paciente, sino a defenderse él mismo. El profesional, por inexperiencia o por temor a no saber responder adecuadamente, puede mantener actitudes rígidas o estereotipadas o proyectar sus propios problemas en el paciente, con lo que la relación adquiere, a veces, un carácter antiterapéutico. Es, por ello, fundamental ofrecer supervisión a los equipos y/o a sus componentes individuales. Frecuentemente, la supervisión conduce a la demanda de una psicoterapia personal por parte del profesional.

Los profesionales pueden, además, adquirir conocimientos de aconsejamiento individual y de trabajo grupal y familiar que les permiten, si el contexto lo permite, funcionar como terapeutas. Este tipo de formación es particularmente importante

cuando el profesional actúa en unidades que funcionan con los principios de las comunidades terapéuticas en las que existe una cierta descentralización de la toma de decisiones y se trabaja en equipo. El profesional debe, en esos contextos, acercarse al entorno del enfermo mental, tanto social, familiar como laboral, formando parte de aquellos equipos multidisciplinares que se crean al respecto.

De hecho, con frecuencia creciente, en este tipo de unidades los/as psicólogos/as, enfermeros/as y asistentes sociales conducen diferentes grupos de carácter recreativo, ocupacional o más específicamente psicoterapéuticos.

Hay que diferenciar bien las actividades genuinamente psicoterapéuticas de las demás. En efecto, la psicoterapia requiere una formación específica en la que un profesional de nivel universitario, especializado en el campo clínico, realiza un programa específico de aprendizaje de la psicoterapia, que incluye algún tipo de experiencia personal psicoterápica y de supervisión. Sin estos requisitos no es ético someter a los pacientes a intervenciones delicadas y no exentas de algunos riesgos.

Por otra parte, es importante recordar que, aunque las funciones de los distintos miembros del equipo se van difuminando, la jerarquización del trabajo no debe ponerse en cuestión y que cada profesión tiene, además, funciones específicas que no debe descuidar.

1.3. Los componentes del equipo como figuras de apego.

La enfermedad psiquiátrica amenaza la seguridad del individuo y los profesionales pueden ser figuras temporales de «apego» (ver capítulo 2) que proporcionan un continente afectivo semejante a la función materna descrita por Bion (Bion, 1962). A través de una escucha empática ayudan al paciente a desarrollar la «capacidad de pensar» y de tolerar la ansiedad, utilizando su propio proceso mental para contener y digerir las proyecciones de aquél.

En niños (Ainsworth 1978) se ha visto distintas actitudes de «apego inseguro» (evitador, ambivalente y desorganizado) que, cuando interactúan con otros factores de vulnerabilidad (Rutter 1995) predisponen a trastornos psiquiátricos¹. Muchos adultos buscan ayudar a los demás porque ellos mismos en la infancia tuvieron un apego inadecuado llevando a la necesidad compulsiva de cuidar, que se ve en algunos profesionales. El problema es que algunos profesionales son reticentes a aceptar que tienen dificultades o a buscar ayuda para superarlas, lo que les lleva a abusar de sustancias o a «quemarse» profesionalmente.

Normalmente, al descubrir repetidas veces que la madre, y más tarde, otras personas significativas sobreviven a sus ataques, el niño llega a confiar en que su amor predomina sobre su odio, y en que sus actividades reparadoras son exitosas. Esto reduce sus miedos de persecución y de retaliación por parte de la madre mala a la que él ha atacado. Pero, cuando la realidad externa fracasa a la hora de refutar las ansiedades del niño, por ejemplo, si la madre muere, o se muestra distante, o retalia, entonces las ansiedades depresivas pueden ser demasiado importantes para ser soportadas por el niño. El individuo abandona sus actividades reparadoras ineficaces, y recurre en su lugar a defensas más primitivas paranoides, maníacas, obsesivas².

Los que trabajan en profesiones «de ayuda» (asistenciales) fracasan inevitablemente y repetidas veces en su trabajo con clientes dañados y carenciados. Si este fracaso despierta culpa y ansiedad intolerables, pueden, los profesionales (al igual que los bebés) retroceder a esas defensas primitivas con el fin de mantener la precaria autoestima y defenderse de la retaliación que temen que se producirá como consecuencia de su fracaso.

En adultos, se manifiestan tres estilos de apego inadecuado: «renunciador» (dismissing), «preocupado» e «irresoluto», que se pueden evaluar con entrevistas semiestructuradas (Main 1989). Cuando entran en contacto con los servicios de Salud mental, las personas «renunciadoras» pueden encontrar difícil involucrarse en el tratamiento; las personas «preocupadas» pueden sentirse bloqueadas o ambivalentes hacia la ayuda que se les ofrece; las «irresolutas» pueden tener dificultad para gestionar los sentimientos dolorosos que produce el tratamiento. En cambio, las personas con antecedentes infantiles de «apego seguro» (Dozir, 1990) se muestran más abiertas a hablar de sus síntomas y suelen cumplir mejor las prescripciones medicamentosas.

En las unidades psiquiátricas se producen algunas situaciones que desencadenan en los pacientes conductas de apego. El paciente puede, por ejemplo, sentir un miedo excesivo a marcharse del hospital y sus síntomas pueden acentuarse cuando llega el momento de hacerlo. La marcha de la unidad de uno de los profesionales puede también producir en pacientes que estaban «apegados» a ellos/as, reacciones adversas que se manifestaban a veces en forma de agresividad, explosiones de violencia y otras manifestaciones, como intentos inadecuados de retenerle.

Como hemos indicado en el capítulo 2, los propios profesionales pueden tener historias de apego inadecuado que afectan a sus relaciones con los pacientes.

Muchos pacientes con antecedentes de haber sufrido abusos provocan en los profesionales conductas de exceso de vinculación. Por otra parte, ante reacciones hostiles de los pacientes éstos pueden experimentar contratransferencias intensas y utilizar, por ejemplo, medidas de contención inadecuadas. Si ellos fueron a su vez objeto de abusos por parte de sus padres o educadores pueden tener tendencia a abusar de sus pacientes física o sexualmente de forma más o menos clara o encubierta (Gabbard 1989).

Las instituciones mentales en sí mismas pueden ser figuras de apego para los pacientes que no experimentaron un apego seguro en la infancia. El apego a los profesionales y a las instituciones puede, en ocasiones, persistir mucho tiempo después de que el paciente las abandone.

Los profesionales deben proporcionar a los pacientes una base de seguridad, un continente afectivo que module sus ansiedades. Se trata de «estar con» los pacientes más que de «hacer cosas sobre» los pacientes.

2. LA REGRESIÓN EN LOS EQUIPOS

En el proceso del tratamiento psicoanalítico de los pacientes graves, en especial de los psicóticos, se pretende inducir una regresión que permita un mejor cuidado del paciente (Guimón, 1985) para actuar luego, a través de la interacción, permitiendo la reestructuración de su personalidad. Pero es sabido que, en esa interacción, la transferencia psicótica, por el interjuego de identificaciones proyectivas, produce en el terapeuta una contratransferencia bastante independiente de su personalidad propia³.

Algunas situaciones creadas por distintos pacientes psicóticos parecen estar dominadas por lo que se ha dado en llamar (Grinberg, 1962) «contraidentificaciones proyectivas». En efecto, el papel del terapeuta sería el de recibir las proyecciones de los pacientes, elaborarlas y permitir que las introyecten, ya transformadas. Pero, con los psicóticos, es frecuente que el terapeuta se vea compelido a actuar contratransferencialmente, como movido por esos núcleos depositados por las identificaciones proyectivas del paciente y que adquieren dentro del terapeuta como una vida propia, si no es capaz de percibir las elaborarlas y transformarlas.

Se supone que el equipo terapéutico debe representar para el paciente una alter familia que le permita una «experiencia emocional correctiva» de aquellas otras experiencias que pudieron tener una responsabilidad en el origen de su padecimiento. Sin embargo, en el equipo terapéutico existen dificultades diversas, derivadas unas de elementos de realidad (estrés del trabajo, rivalidades profesionales, etc.) y provenientes otras de las identificaciones proyectivas que los pacientes han depositado en los terapeutas. Por un fenómeno de *splitting*, los terapeutas depositan en los enfermos todas las partes enfermas que rechazan en sí mismos. En esa situación de negación, rara vez el equipo tiene la flexibilidad suficiente para adaptarse a las variables necesidades de los pacientes.

Como dice Racamier, el equipo terapéutico puede llegar a sentirse disociado por esas proyecciones. La tensión en los equipos de trabajo aumenta y sus miembros pretenden a toda costa aparentar un perfecto entendimiento entre ellos, para presentarse como una «familia ideal», un continente en el que pudieran crecer los pacientes. Esa necesidad de los componentes del equipo terapéutico de simular que funcionan como una familia feliz, les lleva a mantener con firmeza, como hemos comentado en el anterior capítulo, un ideal igualitario antiautoritario en el que todos los componentes del equipo son iguales, negando las obvias diferencias de formación profesional y de personalidad. En tales situaciones, no es infrecuente que tal pseudoigualitarismo tienda a expandirse también a los pacientes, a quienes teóricamente se les considera capaces de asumir sus responsabilidades, aunque en la práctica y en forma encubierta, el equipo terapéutico actúe como si los enfermos no fueran capaces de asumirlas. Se produce entonces lo que Sacks y Carpenter (1974) han denominado «comunidad seudoterapéutica», que tiene mucho que ver con el concepto de Winnicott de «falso self».

Winnicott redefinía en su libro *Playing and Reality* (1971) el concepto de «madre suficientemente buena»: «La madre suficientemente buena es aquella que realiza una adaptación activa a las necesidades del niño, adaptación que disminuye gradualmente, de acuerdo con la capacidad creciente del niño de asumir sus fracasos de adaptación y de tolerar los resultados de la frustración».

W. Ralph Layland subraya que una de las cualidades de la madre suficientemente buena es su capacidad de aceptar que el niño tiene derecho a transmitirle todas sus necesidades, deseos, fantasías y sentimientos que experimenta como buenos o malos, placenteros o displacenteros; pero también la de no esperar que su niño acarree con las necesidades, deseos o sentimientos más o menos inconscientes de la propia madre, que son inapropiados para la relación madre-niño y para los cuales ella debe buscar satisfacción en otro lugar». Por ejemplo (continúa este autor), es un derecho del niño el llevar a su madre sus propios sentimientos depresivos y el esperar que ella le ayude con ellos. No es, en cambio, tarea del niño el soportar a una madre deprimida. Es a esta cualidad de la «madre suficientemente buena» a la que Layland llama «madre amorosa».

En ese mismo sentido, se podría hablar de un «equipo terapéuticamente amoroso» cuando es capaz de asumir las necesidades de los pacientes y de evitar hacerles acarrear las dificultades propias de los componentes del equipo. Pero, al igual que la función de la «madre amorosa» no es, según Winnicott, la única función de la «madre suficientemente buena». Habría otras funciones exigibles a un «equipo suficientemente bueno»: enseñanza del manejo adecuado de la realidad, del cuidado de sí mismo y de los demás, etc., alguna de las cuales podrían ser adscritas a las funciones de un «padre suficientemente bueno», aún por describir.

El equipo terapéutico debe, por otra parte, desde el punto de vista tópico, perseguir la instauración del preconsciente, de un espacio imaginario, de una «ilusión» en el sentido de Winnicott que es, en realidad, el espacio de la creatividad y del Psicoanálisis.

Sin embargo, salta a la vista que todo lo anterior no es precisamente sencillo. Recuerdo una ocasión en que con mis hijos de corta edad fui, en Los Angeles, a visitar una exposición sobre «la historia de las máquinas ferroviarias», al aire libre. Se recorría la exposición en un pequeño trenecito conducido por un hombre de unos treinta años, que servía, a su vez, de guía y cicerone de la exposición. Estábamos sentados en nuestro minivagón esperando la salida del trenecito, mientras el futuro conductor discutía agriamente, con aire entre hostil y depresivo, con otro empleado algún problema personal laboral. Llegó la hora de la partida, puso el conductor el tren en marcha y, con voz estereotipada de «sana alegría», comenzó a explicar, con la típica tonalidad de las voces de películas de Walt Disney, la historia de la locomotora a los mayoritariamente infantiles pasajeros. A ratos se volvía al público y las muecas de su cara pretendían dar un aire festivo al «ingenioso» relato. Ni mis hijos ni el resto de los niños parecieron quedar cautivados por aquella farsa.

En 1963, John F. Kennedy ofertó cuantiosos medios económicos a los centros psiquiátricos que se adaptaran a la creación de las nuevas unidades asistenciales inspiradas por la ideología de la Psiquiatría de comunidad. Centenares de centros de tal tipo se crearon como hongos a lo largo y ancho de Estados Unidos, para adaptarse a las nuevas medidas, con el fin de poder recibir las ayudas económicas. Desde los años setenta vengo visitando decenas de tales centros en distintos lugares de distintos países. La imagen típica de una sesión de actividades de uno de esos programas podría ser la de un trabajador en Salud mental, joven, intentando con «sana alegría» y claro tedio interior que unos cuantos pacientes crónicos derrotados, formen una orquesta, manipulando dócilmente algunos instrumentos musicales. Mi sensación, en tales situaciones, creo que debe ser parecida a la de los niños del trenecito de Los Angeles. Entre un montaje costoso y de eficacia sólo custodial y un medio terapéutico excepcionalmente valioso, dista la existencia de un espacio de ilusión y la presencia de un equipo terapéutico «suficientemente bueno».

3. ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO DE UNA ORIENTACIÓN A OTRA

En el proceso de constitución del equipo comunitario o en el del intento de modificación de un equipo que funciona según un esquema clásico al de un nuevo modelo de funcionamiento, es necesario modificar las posiciones y actitudes antiterapéuticas aprendidas a través de roles previos y, por otra parte, desrigidificar la noción que sobre el rol respectivo se tiene.

Una labor fundamental es la de unificar las actitudes en la comprensión del enfermo psiquiátrico, lo que le permitiría al trabajador asumir nuevos roles y formar relaciones más significativas en el marco del tratamiento. Para ello es aconsejable que los miembros del equipo interactúen con los pacientes, incluyéndoles en algunas actividades del equipo y potenciando actividades sociales dentro del centro o en viajes y excursiones patrocinadas por el programa. Se desaconsejan, en cambio, las relaciones fuera del centro.

La modificación de los roles profesionales tradicionales para disminuir la rigidificación suele encontrar resistencias, especialmente entre los profesionales más entrenados, que prefieren trabajar en un encuadre donde su autoridad sea reconocida y alabada⁴. Cuando el equipo trabaja en condiciones ideales, aunque el psiquiatra es el responsable último del diagnóstico y de la prescripción de medicación, no tiene más autoridad en cuanto al

tratamiento que otro miembro del equipo, ya que esas decisiones se realizan entre el equipo y el paciente. Sin embargo, es frecuente que problemas de poder se diriman en discusiones sobre la orientación teórica: utilización o no de los psicofármacos, orientación conductista, dinámica o sistémica, psicoterapia individual o de grupo, etc.

Es en la práctica de la psicoterapia donde, como ya hemos comentado en otro lugar, con más frecuencia se suscitan problemas de poder entre los miembros del equipo. Es frecuente la objeción de los psicólogos y psiquiatras en contra de compartir alguna de sus funciones psicoterapéuticas con los auxiliares o enfermeros a los que no consideran preparados adecuadamente para esas funciones. Por su parte, éstos se resisten en ocasiones a participar en programas teóricos o de supervisión, especialmente si son dirigidos por los profesionales mejor preparados del equipo.

El grupo de supervisión es especialmente útil cuando es dirigido por un líder ajeno al programa y cuando no se convierte en un simple ritual institucional, tal como lo hemos descrito en el anterior capítulo. Una forma particular de trabajo es la tutoría por la que cada profesional tiene un tutor.

En cualquier caso, tal vez, y del mismo modo que para ser madre de un bebé existe para la mujer una edad idónea, los equipos terapéuticos tengan también sus límites temporales. Es de todos sabido que el psicoterapeuta de psicóticos tiene estrechas relaciones teóricas y prácticas con el psicoanalista infantil. Es frecuente que los psicoanalistas infantiles trabajen con gran entusiasmo con niños unos cuantos años y tiendan pronto a abandonar el trato directo con éstos y a retirarse a una posición más cómoda de supervisión. Algo parecido ocurre con el terapeuta de psicóticos.

El equipo terapéutico tiene también una capacidad de ilusión limitada temporalmente. Es por ello que, a nuestro modo de ver, las plantillas de tales unidades no deben ser nunca fijas, sino ágilmente renovables, predominantemente por nuevos terapeutas jóvenes y entusiastas. Una madre joven e inculta cuida muchas veces mejor a su bebé deseado que una profesora de Psicología a su último niño nacido por sorpresa.

Se dirá que la inestabilidad de los cambios antes propuestos en los equipos los hace vulnerables. Pero la vulnerabilidad de los mecanismos asistenciales comunitarios es precisamente, a mi modo de ver, un lamentable prerrequisito para su éxito. Algo así como la tolerancia a la ambivalencia y a la frustración y la aceptación de las resistencias son requisitos indispensables en la personalidad y en la educación del psicoanalista.

1 Tales como depresión (Wern1978), duelo patológico (Parkes 1991), trastornos de personalidad (Patrick 1994), etc.

2 Las defensas paranoides implican la negación y la proyección de la agresión de forma que se vive que ésta proviene del exterior bajo la forma de persecución. Las defensas maníacas se dirigen a negar que ha ocurrido el daño, e implican fantasías omnipotentes de reparación mágica. Contrariamente a la reparación genuina, que requiere de la habilidad de aceptar que el daño se ha hecho y no puede deshacerse, la reparación maníaca ha de ser total, de forma que no ha de sentirse ansiedad, dolor o culpa. Cuando la reparación maníaca fracasa, los individuos pueden utilizar las defensas obsesivas, la repetición ritual de ciertos actos, como esfuerzo añadido para controlar y dominar la ansiedad, en especial acerca de sus impulsos agresivos (Klein 1959; Segal 1986).

3 Ocurre lo contrario en los neuróticos, en cuyo tratamiento una parte importante de la contratransferencia depende de los conflictos no resueltos del propio analista. Sucede así que terapeutas con muy distintas personalidades actúan de forma notablemente semejante.

4 Aunque el sueldo del psiquiatra, por ejemplo, suela ser más alto, muchos se apartan de estos puestos al darse cuenta de que sólo la cualidad de su trabajo y de sus relaciones

con sus pacientes y con los otros miembros del equipo y no su grado académico le ganaron el respeto de sus colegas.

Capítulo 8

Vicisitudes de los profesionales

1. PROBLEMAS ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES

1.1. Rivalidades

Desde los inicios del movimiento de la Psiquiatría de Comunidad surgieron fuertes tensiones y rivalidades entre los componentes de los equipos. Dentro de un ambiente terapéutico «democrático» que fomentaba la igualdad del personal (todos hacían psicoterapia, todos decidían sobre el porvenir del paciente, etc.) existían, sin embargo, diferencias evidentes de formación y estatus: los salarios, variaban mucho en función del nivel académico de los individuos; los médicos seguían siendo los responsables legales de los tratamientos, de las hospitalizaciones involuntarias y de los informes para juicios y para el reembolso de las intervenciones, etc..

Durante los años sesenta, el desarrollo del sistema de Salud mental comunitario provocó un desbordamiento del número de profesionales, sus roles respectivos se volvieron bastante difusos y todos eran considerados «terapeutas», con formación o sin ella. El Psicoanálisis era el tratamiento psicoterapéutico preferido en los años sesenta y el modelo terapéutico en torno al cual se desarrollaba la mayor parte de la formación de los psiquiatras. En Estados Unidos, los terapeutas no médicos no tenían derecho a practicar el Psicoanálisis y en Europa la situación era parecida. Sin embargo, a mediados de los años ochenta, de resultas de una acción judicial de la Asociación Americana de Psicólogos, los psiquiatras no pudieron seguir monopolizando el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes ambulatorios. Así, en un breve período de tiempo, los psiquiatras se encontraron dejando sitio a los terapeutas no médicos (Fink 1996). En Europa la transición se había ya realizado sin tantos traumas.

En ese contexto se suscitaron grandes conflictos ante el deseo de los psiquiatras de reservar para sí la función de la psicoterapia, excluyendo de esta tareas a los psicólogos, los asistentes sociales, los enfermeros psiquiátricos y los terapeutas ocupacionales cuyo papel en los centros de Salud mental de la Comunidad resultaba según su opinión, excesivamente fortalecido. Enriquez (Enriquez, 2000) señala que, como actualmente en los equipos, cada profesional, desde el psicoanalista hasta el educador, juega un rol terapéutico, todo el mundo cree estar en el derecho «de funcionar como «máquinas de influencia» (Tausk) que tratarán de modificar los comportamientos de los «asistidos» de maneras diferentes y contradictorias. Algunos ejercerán más «influencia» que otros, e incluso, al hacer hablar a los enfermos, intentarán poner en evidencia la preferencia que éstos sienten por ellos (...) Los pacientes viven una situación contradictoria, ubicados en una situación que les enloquece y se encuentran inmersos en un proceso de fragmentación y no de construcción, al no estar sostenidos en su experiencia por una ley organizadora, sino sintiendo directamente en su psiquis y en su cuerpo la violencia de la fragmentación de la institución, encarnada por la rivalidad y la afirmación narcisista de sus miembros».

1.2. Incertidumbre cara a la Psiquiatría gestionada

La Psiquiatría gestionada (Fink, 1996) valora, sobre todo (Lazarus & et, 1996), los tratamientos ambulatorios, la asistencia basada en la Comunidad y los tratamientos poco

costosos (incluidas las terapias breves cognitivo-conductuales), lo que da ventaja a los psicólogos y a los asistentes sociales (Geezy & Sultenfuss, 1994) sobre los psiquiatras. Al principio, los psiquiatras eran los responsables directos del paciente, pero luego fueron perdiendo ascendente sobre él, se convirtieron en supervisores y, finalmente, fueron a veces casi rechazados del sistema de la Salud mental comunitaria (Panzetta, 1996).

En EE.UU. se ha ido enconando el debate entre psiquiatras y psicólogos, respecto al derecho a de prescribir fármacos que éstos reclaman. La mayoría de los miembros de las profesiones «parapsiquiátricas» sienten que los factores etiológicos más importantes en Psiquiatría son de naturaleza psicológica y que, por lo tanto, el tratamiento debe ser modificado, dejando sólo una pequeña parcela a la competencia especial de los médicos (Strijmger, 1982). Aunque esto es, en cierto grado, una expresión de pensamiento desiderativo de los miembros de nuevas profesiones en expansión, hay una base comprensible para la falta de confianza en el valor de la contribución de la Medicina a la Salud mental considerada en su sentido amplio. Algunos psiquiatras lo creen también así y creen que (Duffy, 1994) «no podemos acusar a los psicólogos de interferir en nuestro terreno queriendo prescribir fármacos ya que si nos limitáramos a tratar sólo los trastornos que tienen una verdadera base biológica –como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos cerebrales orgánicos– y enviáramos el resto de los pacientes a nuestros colegas no médicos, las guerras territoriales se acabarían rápidamente». Sin embargo, la mayoría de los psiquiatras no están de acuerdo con abdicar de sus tradicionales funciones y aceptar esa visión limitadora de su especialidad.

Como consecuencia de estos cambios, los psiquiatras tendrán que adaptar sus exigencias, so pena de arriesgarse a ser dejados de lado. Para evitar que esto ocurra, dice McKenzie, sería importante que los psiquiatras supieran cuándo imponer sus criterios y cuándo renunciar a las funciones que no le son esenciales en favor de otros proveedores².

2. LA INSATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

Cuando se pusieron en marcha los equipos de Salud mental comunitarios, se pensó que resultaban tan atractivos que, de hecho, la mayoría de los psiquiatras más brillantes se desplazarían de los hospitales psiquiátricos hacia esos centros. Sin embargo, pronto se vio que el nivel de satisfacción en el trabajo en los centros comunitarios era más bajo de lo que se preveía. Y la situación no ha mejorado con los años.

2.1. Las expectativas excesivas en el trabajo

Gran parte de las elecciones conscientes que toman los profesionales de la Salud mental están basadas en el idealismo. Sin embargo, los ideales también tienen determinantes inconscientes que pueden contribuir a generar procesos institucionales defensivos.

Zagier Roberts narra ejemplos extraídos de su experiencia como supervisora de instituciones de orientación dinámica en los que observó dificultades serias de relación entre algunos grupos profesionales, por ejemplo, entre enfermeros y psicoterapeutas. Uno de los centros (Fairlea Manor) era uno de los pocos hospitales donde todavía existía un programa terapéutico basado en el Psicoanálisis y algunos terapeutas habían ido a trabajar allí porque creían apasionadamente en esa orientación. Querían ignorar que el ambiente había cambiado drásticamente desde los años cuarenta, en que los pacientes podían permanecer en el centro indefinidamente si era necesario, mientras que, en la actualidad, las compañías de seguros piden que se reduzca la duración de la estancia a un mínimo. Muchos profesionales estaban aún en tratamiento analítico como

parte de su formación y profundamente necesitados de creer en su eficacia. Sentían que la supervivencia de su especialidad estaba amenazada por el declive de la psicoterapia psicoanalítica en las instituciones psiquiátricas y se habían auto-asignado la imposible tarea de probar que podían curar cualquier enfermedad mental, por muy grave que fuera, con esa técnica. Escindieron las dudas que tenían y las proyectaron sobre el resto del personal del centro. También escindieron su rabia hacia los pacientes que «se negaban a mejorar», y acusaron al hospital de no proporcionar los recursos –en especial tiempo ilimitado– que les permitiera llevar a cabo su «imposible tarea auto-asignada». Acabaron por basar la búsqueda de su autoestima en mostrar desdén hacia los demás profesionales que buscaban una mejoría superficial de los pacientes.

Este desprecio, incluso odio, hacia la realidad externa es típico del modo de funcionamiento grupal de «supuesto básico» (Bion) en el que la tarea que el grupo persigue es más el encuentro de las necesidades internas de los miembros que el trabajo para el que fue creado (ver capítulo 2). Está asociado con una ausencia de curiosidad científica acerca de la eficacia del grupo y en una incapacidad para pensar, para aprender de la experiencia, o para adaptarse al cambio (Bion 1961).

Otro de los ejemplos que da Zagier Roberts es el de una unidad residencial para niños separados de sus familias por su propia seguridad, cuya finalidad era la de preparar el regreso de los niños a la vida familiar, bien con sus padres originales o con padres adoptivos. Para el personal ningún padre era lo suficientemente bueno para ocuparse del niño, con lo que casi todas las altas resultaban traumáticas.

La «tarea imposible auto-asignada» en este caso parecía ser el proporcionar a los niños los «padres ideales» que nunca tuvieron. Los problemas no resueltos de los miembros del personal (varios habían estado en centros de asistencia, o provenían de hogares rotos) hacían que el personal se identificara en exceso con los niños y considerara que todo lo bueno y útil estaba dentro de la organización, y todo lo dañino y peligroso estaba en el mundo exterior.

Muchos equipos y organizaciones se crean como alternativas a otros, más tradicionales, a menudo por alguien descontento de previas experiencias personales o profesionales en otros contextos. Sin embargo, una identidad basada en ser una alternativa, mejor según criterios éticos o humanitarios, tiende a ahogar el debate interno. Cualquier cuestionamiento dentro del grupo es considerado como una traición a la nueva propuesta. Inevitablemente, los problemas surgen cuando el enfoque alternativo se revela limitado. Trabajar con esquizofrénicos crónicos o con niños abusados o con heroinómanos resulta intrínsecamente difícil, y el éxito nunca es todo lo grande que uno esperaba. El enfoque alternativo se basa en la hipótesis arriesgada según la cual sólo con cambiar ciertas condiciones, se logrará un éxito extraordinario.

2.2. El trato con los pacientes

Se ha repetido hasta la saciedad que la «locura se contagia», que los que tratan con pacientes mentales acaban cansándose de ellos y que los profesionales albergan hacia los pacientes tantos prejuicios como la población en general. Pero, ¿qué características de los pacientes alimentan los prejuicios de los profesionales?

Eker y Oner (Eker & Oner, 1999), en una investigación con estudiantes de quinto año de Medicina encontraron que la gravedad y la agresividad de la conducta del paciente se relacionaban con una peor aceptación. Vieron, así mismo, que en las respuestas de varias categorías de profesionales, las características del paciente que contribuían a la percepción de dificultades de tratamiento eran: el psicoticismo, la patología de carácter grave, la conducta suicidaria-depresiva y la agitación violenta. Aquellos que eran

percibidos como que mejoraban menos y que tenían un pronóstico pobre eran considerados particularmente difíciles³.

Por otro lado, existe el problema real del riesgo de agresiones físicas en el contexto del trabajo con pacientes psiquiátricos. Kaës (Kaës, 2000c) señala que los profesionales pueden ser agredidos físicamente y psíquicamente por sus pacientes pero además «son objeto de ataques contra el vínculo que les une a ellos (W. R. Bion, 1959) a través de intentos de suicidio, actos delictivos, acting-out, que les pone en una situación en la que se sienten destruidos en su acción y en su ser».

2.3. Los ataques contra la creatividad

Algunas actividades creativas de ciertos profesionales, aunque son en buena parte el resultado de la creatividad de la institución en su conjunto, no son aceptados por el clima institucional prevalente en un momento dado. Los profesionales piensan entonces que esas actividades creativas no pueden ser realizadas porque la institución tiene otros proyectos sin darse cuenta de que ellos son los actores reales y que la institución no es más que lo que ellos efectúan. Los profesionales acaban realizándolas de forma subrepticia y dice Enriquez (Enriquez, 2000), «sienten culpabilidad cada vez que son creativos, puesto que tienen el sentimiento de transgredir los valores sagrados a los cuales se adhieren (...). Ocasionalmente pasarán por encima de las reglas y se comportarán de otra forma que lo previsto, pero sin atreverse a decirlo, por miedo de ser evaluados negativamente (...); comienzan entonces a actuar en secreto (...), temiendo que la verdad de sus acciones salga a la luz del día y que los otros se conviertan en persecutores (...); los pacientes perciben las contradicciones entre los propósitos y los actos y se sienten metidos en una mentira generalizada de la cual los terapeutas les convierten siempre en cómplices».

3. LOS PROBLEMAS DE LOS RESIDENTES EN PSIQUIATRÍA

A la hora de planificar la formación de los futuros psiquiatras, no basta, pues, con preocuparse por los programas teóricos o por las prácticas clínicas. Se debe prestar una atención especial a los aspectos personales del residente, puesto que se ha visto que los abandonos de los programas formativos son más frecuentes en nuestra especialidad que en las demás y que, entre los residentes que comienzan la especialidad de Psiquiatría, abundan los trastornos emocionales. En consecuencia, se han dedicado esfuerzos importantes a estudiar las causas de la deserción de la residencia psiquiátrica y a detectar y prevenir o tratar los problemas psíquicos que pueden presentarse en el curso del período de residencia y que, en ocasiones, influyen también en los abandonos.

Garfinkel y cols. realizaron en 1974 un estudio en Canadá sobre las razones por las cuales el 14,5% de los residentes que iniciaron el programa en Toronto renunciaron antes de terminar su formación. Comentan que un número significativo de médicos (14,5%) dejó el programa pero que esto puede ser interpretado como un resultado positivo, si estos individuos descubrieron poco después de comenzar su formación que no eran buenos candidatos para hacer Psiquiatría.

Como grupo los «drop-outs» (los que abandonan) eran muy similares al resto de la muestra. Contrariamente a lo que se podría suponer, no tenían una tendencia a irse de un campo de trabajo a otro tanto dentro como fuera de la Medicina. Se esperaba que los drop-outs hubieran tenido habilidades para la Psiquiatría menores que el resto de la muestra, pero se comprobó que tenían unas calificaciones similares a los que no dejaban la especialidad⁴.

El tercer factor que probablemente influía sobre el índice de «drop-out» era el que hubieran realizado su primer año de residencia en un Hospital psiquiátrico monográfico tradicional. Así, se encontró que el 82,1% de los «drop-outs» habían tenido su primer año de entrenamiento en un Hospital de ese tipo, comparado con el 51,1% de los no «drop-out». El índice de «drop-outs» en hospitales era similar y mucho mayor que los «drop-outs» en los hospitales generales⁵.

Explican la asociación de un entrenamiento del primer año en un Hospital psiquiátrico con un índice de drop-out alto con el hecho de que, en los amplios hospitales psiquiátricos, el residente nuevo se encuentre aislado de la Medicina general, con una pérdida de su identidad como médico. Este puede ser un factor importante que contribuye al abandono y por ello sugieren que los Hospitales Generales son más apropiados para el primer año de residencia.

El índice alto de «drop-outs» en los programas de residencia es debido parcialmente a médicos que son competentes, pero que se dan cuenta pronto de su poca capacidad para ser psiquiatras y que, si perseveran, van recibiendo peores calificaciones. El hecho de que algunos de los médicos que no son adecuados para la Psiquiatría abandonen puede ser interpretado como un hecho positivo, en el sentido de que les permite elegir otras carreras pronto. Sin embargo, es curioso y preocupante que los que abandonan después de un año no entran en este grupo. El 90% de ellos habían sido cualificados como excelentes o buenos por sus supervisores.

Se concluyó que existen con frecuencia problemas psicológicos que explicarían esos abandonos. El «síndrome del residente que comienza su formación en Psiquiatría» (The Beginning Psychiatry Training Syndrome) fue descrito por Merklin (1967) en residentes de Psiquiatría de primer año que presentaban trastornos neuróticos, psicósomáticos y conductuales. Este autor afirmó que dicho cuadro se desarrolla en tres fases: una fase prodrómica, caracterizada por un cambio en las actitudes hacia los pacientes, los compañeros y los profesores y que hace que los residentes, por ejemplo, tiendan a preocuparse más por los problemas físicos de sus pacientes que por los psicológicos; una segunda fase de reacción, caracterizada por la aparición de sintomatología como ansiedad, depresión y/o síntomas psicósomáticos; una tercera fase de resolución, caracterizada por un darse cuenta de las fases anteriores, un cambio en la actitud hacia los pacientes, compañeros, profesores y un interés renovado en los temas psicológicos. Con posterioridad, numerosos autores confirmaron la presencia de diversas alteraciones psicológicas⁶. En ocasiones, se identificaron problemas más graves, como descompensaciones psicóticas⁷ y suicidios⁸.

Sin embargo, algunos autores (Taintor y cols. (1982)⁹, aun constatando las dificultades señaladas, señalan también el valor que esas dificultades tienen como facilitadoras del crecimiento personal.

Como causas de los problemas psicológicos se han citado, en primer lugar, las características personales previas del residente (Bucher y Stelhing, 1969; Russell y cols., 1975), las malas condiciones de trabajo y la remuneración escasa. Otros problemas tendría que ver con la identidad profesional, como las constantes críticas desde la Sociedad hacia la Psiquiatría (Gilmore y Perry, 1980), la perplejidad ante los diversos modelos teóricos existentes en Psiquiatría, algunas características de los programas de residencia¹⁰ y la ausencia de una cultura común entre las diferentes instituciones psiquiátricas.

Numerosos autores han propuesto medidas para mejorar el apoyo psicosocial de los residentes entre las que destaca la participación en actividades de psicoterapia grupal¹¹. Sadock ha coordinado durante años programas de psicoterapia de grupo en residentes que les proporciona una comprensión de los problemas emocionales de los residentes y

considera que la experiencia les facilita la transición entre el primero y segundo cursos de la residencia.

Varios autores han sugerido también la conveniencia de hacerles participar en grupos o proporcionarles tutores, que pueden ser residentes de años más avanzados o psiquiatras.

4. BURNOUT

4.1. Concepto

El concepto de Burnout, divulgado por Maslach (Maslach & Jackson, 1986), hace referencia a un tipo de estrés laboral asistencial que parece afectar específicamente a aquellas personas que trabajan en relación directa y constante con otras personas, es decir a aquellas profesiones que suponen una relación de ayuda: médicos, profesionales de la enfermería, psicólogos, profesionales de la enseñanza. Se concibe el síndrome de Burnout como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y o/psicológico; actitud fría en la relación hacia los beneficiarios del propio trabajo; sentimiento de inadecuación respecto a las tareas que se debe realizar.

4.2. Factores etiológicos

Se ha relacionado el síndrome del quemado en los trabajadores en Salud mental con patologías previas diversas (depresión y estrés (Blase, 1982 y Daley 1979)) o con determinadas características de la personalidad: distorsiones cognitivas; incapacidad de lograr refuerzos positivos en el desarrollo de la carrera profesional, excesivos temores a ser castigados, «indefensión aprendida», etc. Otros autores han hecho hincapié más bien en la insatisfacción en el trabajo respecto a las expectativas previas que el individuo había albergado en su interior sobre lo que sería su «carrera profesional».

Uno de los modelos etiológicos más integradores es el propuesto por Kan (1970), quien expone que el medio ambiente objetivo tiene una influencia causal directa sobre el ambiente percibido (subjetivo), que a su vez influye sobre las reacciones individuales que pueden dar lugar a la enfermedad. La interpretación del sujeto tiene una influencia considerable y la forma de responder de un individuo a su ambiente está influenciada también por variables de personalidad y relaciones interpersonales.

De todas esas hipótesis surgen algunas interrogantes que merece la pena mencionar y que discute González de Rivera (2002).

4.2.1. ¿Eligen las profesiones de la Salud mental personas con patología psíquica previa?

Es lugar común hablar más o menos en serio de la dudosa salud mental de los psiquiatras y de la de otros profesionales pero los trabajos que se han realizado para indagar si ello es cierto no son concluyentes. Así, por ejemplo, recientes investigaciones ponen en duda, por razones metodológicas, la validez de las investigaciones que señalaban la existencia de un mayor número de suicidios entre los psiquiatras.

Quienes aceptan que existe un mayor número de trastornos mentales proponen que o bien podrían preexistir en los que se dedican a esta profesión o podrían ser causados por ella. En este último sentido se ha discutido si el trabajo en sí sería particularmente estresante o si las enfermedades psiquiátricas se contagiarían de alguna manera a través de fenómenos en los que la identificación proyectiva desempeñaría un papel importante. Ninguna de las dos explicaciones es por sí misma suficiente para explicar un fenómeno de, como antes hemos dicho, no probada existencia.

4.2.2. ¿Es la insatisfacción laboral un factor importante?

Algunos trabajos no encuentran relación entre la insatisfacción laboral y la presencia de los síntomas atribuidos a este síndrome. Así, Jayaratne y Chess (1984) estudiaron a asistentes sociales que trabajaban en centros comunitarios de Salud mental, servicios de familia y servicios de Salud infantil para determinar su satisfacción en el trabajo y la sensación de estar quemados y hacia ciertas variables organizativas relacionadas con el estrés. Los tres grupos tenían alto nivel de satisfacción sin diferencias de frecuencia del síndrome de quemado entre los grupos.

La explicación del por qué las profesiones asistenciales son las más afectadas por este tipo de síndromes, está directamente relacionada con el exceso de las aspiraciones que hemos comentado más arriba. Por un lado, son las que tienen una filosofía humanística del trabajo, lo que genera unas expectativas difícilmente realizables en un sistema bastante deshumanizado y despersonalizado, como es el sistema sanitario o educativo, etc... La diferencia entre estas expectativas generadas y su confrontación con la realidad, supone un proceso de adaptación difícil para estos profesionales.

4.3. Sintomatología

Se ha considerado el síndrome del burnout como el fracaso en el proceso de la involucración de un sujeto ilusionado por un trabajo nuevo. En una primera fase, se encuentra preparado psicológica y físicamente para «comerse al mundo», transformarlo, hacerlo mejor, triunfar absolutamente. Todos sus pensamientos están dirigidos a conseguir el gran éxito de su vida. En una segunda fase surgen desilusión, insatisfacción, desorientación y confusión aunque el sujeto sigue manteniendo la idea de trabajar duro. En la tercera fase surgen frustración, irritabilidad, pérdida de entusiasmo, escepticismo. En una última fase el sujeto siente que todo está perdido y le invaden ideas de desesperación y fracaso que pueden llevarle a una depresión clínica.

4.4. Prevención y tratamiento

Son numerosos los abordajes propuestos para detectar precozmente, prevenir y tratar el síndrome del quemado. Schkolnick (Schkolnick, 1985) (1984) estudió la relación entre la insatisfacción en el trabajo, el síndrome del quemado y técnicas de prevención denominadas «conductas mantenedoras de las carreras profesionales» entre sesenta y un trabajadores en centros de Salud mental de Ohio, y demostraron su utilidad. Brarley (1985) expuso sus ideas como consultor de organizaciones para las personas que experimentan dificultades en el trabajo. Discutieron determinados aspectos, como la comprensión psicoanalítica de la ansiedad y la combinación de la comprensión psicoanalítica y organizativa de la conducta al realizar este tipo de consultorías.

Sin embargo, Roberts (1982), estudiando una muestra de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, concluyó que no existe todavía ningún índice que permita predecir adecuadamente la probabilidad de la aparición de los síntomas descritos en el síndrome del quemado, por lo que su prevención precoz no es fácil, si no es a través de medidas inespecíficas de mejorar el ambiente de trabajo.

En cuanto a la gestión de las dificultades cuando estas aparecen, se han defendido distintas aproximaciones. Roberts (1982) propuso que los habituales medios de enfrentarse al estrés permiten controlar tales síntomas. Ray (1982) propone una estrategia individual de manejo del estrés, que él denomina holística para combatir el síndrome del quemado de los trabajadores en Salud mental. Jayaratne y Chess (1984) dicen que las intervenciones destinadas a aliviar el estrés de las condiciones de trabajo deberían incorporar características específicas para cada ambiente.

Desde un punto de vista dinámico, el supervisor (y de una manera más impersonal el gestor) debe intentar comprender las razones por las que, en un momento dado en una

institución, se producen situaciones de estrés excesivo y algunos de los profesionales presentan una descompensación aparentemente relacionada con esas situaciones.

Por una parte, es necesario ayudar a los profesionales a comprender algunas lagunas de las razones conscientes e inconscientes por las que eligieron ese tipo particular de trabajo, y los mecanismos de defensa disfuncionales que utilizan. Una adecuación más realista del trabajo propio con la tarea global de la institución puede ayudar a disminuir sus angustias. Sin embargo, en ocasiones, es necesario recomendarles una terapia personal.

En algunas circunstancias se produce una inadecuación en el manejo del límite entre clientes-trabajadores, sea porque se acentúan las diferencias entre pacientes y personal, sea porque se niegan algunas de esas diferencias. Es necesario intentar comprender los problemas que pueden producirse en esas ocasiones: en el primer caso, la utilización de horarios, programas y jerarquías rígidos pueden ahogar a los profesionales; en el segundo, la tendencia a asumir una «tarea imposible auto-asignada» que hemos comentado antes, hace que algunos profesionales se identifiquen en exceso con los pacientes, lo que produce también dificultades emocionales.

1 Así pues, los enfermos, que viven directamente las contradicciones a través de la manera como se los trata, pueden llevar la voz de los conflictos sobre referencias teóricas, de perspectivas de acción. Son tomados como testigos de las divergencias, se convierten en los árbitros (manipulados, manipuladores) de la situación.

2 No hay que olvidar que los profesionales de la Salud mental no psiquiatras son tres veces más numerosos en relación con los psiquiatras (DeWitt, 1992).

3 Dicen estos autores que, como en los países subdesarrollados o en países en vías de desarrollo se contrata por necesidad a profesionales menos formados, sus prejuicios suelen ser mayores que en los países industrializados. Por su parte, otro estudio (Mirabi) mostró que los profesionales de la Salud mental de varias categorías preferían no tratar a enfermos mentales crónicos.

4 Todavía era más sorprendente que, al final del primer año de entrenamiento, eran aún semejantes, pero que, al segundo año, las calificaciones de los supervisados eran ya considerablemente inferiores para los «drop-outs» (los que abandonaban).

5 Así los «drop-outs» tienden a caer en dos grupos: aquellos que abandonan después de dos o más años de entrenamiento (frecuentemente con valoraciones pobres por parte de los supervisores) y aquellos que abandonan después de un año (generalmente con buenas calificaciones por parte de los supervisores). La mayoría de los sujetos en ambos grupos de drop-outs tuvieron su primer año de residencia en un Hospital psiquiátrico monográfico tradicional.

6 Cambios de personalidad y trastornos emocionales, principalmente en Estados Unidos, pero también en otros países.

7 Russell y cols. (1975) estudiaron con un cuestionario aplicado a 207 directores de programas de residencia (el 82% de los existentes en Estados Unidos) la existencia de trastornos psíquicos de los residentes y los procedimientos de su detección precoz. La mayoría de los residentes que abandonaron los programas presentaban trastornos psíquicos. Las alteraciones eran más frecuentes en los residentes más jóvenes y en los transferidos de otros programas. En cambio, no se confirmó, como se predecía, que las mujeres, los médicos graduados en el extranjero y los miembros de grupos minoritarios presentaran más riesgo. Los cuatro suicidios registrados en el año estudiado resultaban ser el índice más alto comunicado en ninguna otra especialidad.

Russell y cols. (1977) compararon las respuestas a los cuestionarios de 2.860 residentes en Psiquiatría con las de 288 residentes con problemas emocionales. Vieron que el sexo,

la etnia, el hecho de haberse graduado en el extranjero y el traspaso desde otros programas de residencia, no eran diferentes en los dos grupos. Los residentes «problema» eran solteros con una frecuencia que doblaba a la del grupo control y, cuando estaban casados, presentaban tres veces más historias de divorcio, separación o dificultades matrimoniales. Presentaron también más problemas que los que comenzaron su formación en Psiquiatría después de practicar la Medicina en otras especialidades.

8 Rebal y cols. (1982) estudiaron las transcripciones de las entrevistas realizadas al solicitar hacer la residencia por cuatro residentes en Psiquiatría que se habían suicidado posteriormente y otros ciento diez residentes elegidos al azar. Los suicidados habían sido dos varones y dos hembras, entre dieciocho y sesenta meses después de iniciar la residencia, por lo que sólo dos de ellos habían terminado su formación. El autor diseñó una entrevista psiquiátrica que daba resultados positivos en tres de los cuatro sujetos que se suicidaron y sólo en cinco de los ciento diez sujetos seleccionados al azar (diferencia significativa, 0,0001). También Pasnau (Pasnau, 1975) intentó detectar los síntomas que pudieran permitir identificar a los residentes en alto riesgo.

Sin embargo, otros autores han señalado (Kelly, 1973) que la incidencia del suicidio es probablemente similar a la existente entre los residentes de otras especialidades y, tal vez semejante a la media de ese grupo de edad.

9 Taintor estudió entre todos los residentes norteamericanos que completaron su entrenamiento en 1975, el impacto de determinados factores de la residencia sobre la formación personal y profesional del futuro psiquiatra.

10 En este sentido, sin embargo, Skodol (1981) estudió en residentes de cuatro programas de residencia el grado de satisfacción con su rol, su orientación teórica (orgánica, conductual o psicodinámica), su competencia técnica y su necesidad de supervisión. Llegaron a la conclusión de que la formación de una identidad profesional favorable, tal y como puede ser reflejada en las afirmaciones de satisfacción de los residentes con su papel, se asociaba más intensamente a la creencia de haber adquirido competencias técnicas que a la adhesión a determinada orientación teórica.

11 Se hacía también mención al ambiente estresante de trabajo del primer año (Brenneis, 1973; Taintor, 1982). Rockwell (1973) considera que el que el residente tenga que supervisar a enfermeras que tienen más experiencias que él, le puede producir también dificultades emocionales.

Capítulo 9

El futuro de la formación del psiquiatra

Si se desea una Asistencia en Salud mental de calidad, se ha de reflexionar profundamente sobre la necesidad de fortalecer la identidad profesional de los futuros psiquiatras a lo largo de su formación. Sin esto, la Psiquiatría como especialidad médica, está en peligro de desaparecer dentro de las próximas dos décadas porque las fuerzas políticas y económicas pueden llevar a una peligrosa redefinición de nuestra identidad.

1. CRITERIOS

1.1. Opiniones de distintos estamentos interesados

Los programas de formación de residentes suelen ser diseñados por especialistas en Psiquiatría que, aunque tengan un alto nivel profesional y académico, no siempre son

los que están más cercanos a las realidades de la práctica clínica cotidiana. Sin embargo, resulta importante conocer las opiniones y actitudes de estos formadores acerca de los programas porque conocen las probabilidades de que sean llevados a la práctica y porque la personalidad y la orientación teórica de los formadores influyen decisivamente sobre los residentes.

Los criterios para la elaboración de estos programas tienen que tener en cuenta también la opinión de los alumnos, los residentes. Sin embargo, un programa de formación no podrá dejar de contar con otros parámetros, como la descripción de qué es lo que constituye un verdadero psiquiatra en su práctica clínica, para adaptar su contenido a la realización de objetivos inherentes a las actividades descritas (Amat et al., 1984) y a las necesidades de la Sociedad.

Sin embargo, uno debe ser consciente de que, además de los objetivos de formación clásicos, esta era de la Medicina Gestionada requiere de habilidades específicas. La imagen profesional del psiquiatra (Guimón, Fischer, Zbinden, & Goerg, 1997a) está cambiando profundamente. Forzados a dirigir equipos terapéuticos, a manejar programas de asistencia y de investigación y a administrar presupuestos, dedican una parte cada vez más importante de su tiempo a tareas de gestión y tienen que adquirir sin lugar a dudas alguna competencia administrativa. Aunque actualmente no es necesaria una verdadera formación para que los psiquiatras sean gestores, se recomiendan encarecidamente algunos programas especializados.

En el inmediato futuro se esperará además de los psiquiatras competencias en Psiquiatría de urgencia, Psiquiatría de consulta-enlace, intervención en crisis, tratamiento combinado con medicación y psicoterapia, psicoterapia breve de apoyo, psicoterapia de grupo y habilidades de supervisión de profesionales y de equipos. Los programas de formación de post-graduados tendrán que adaptarse para poder ofrecer a los residentes la oportunidad de poder desarrollar estas habilidades.

Se han realizado, desde hace años y a partir de los distintos sectores implicados (Langsley & Yager, 1988), muchos esfuerzos para establecer implícita o explícitamente los objetivos que se deben perseguir en la formación de los psiquiatras, es decir qué conocimientos deben dominar, qué habilidades deben adquirir y qué actitudes han de expresar.

Por otra parte, la literatura aporta numerosas opiniones de los formadores respecto a lo que se debe incluir en los programas de los residentes de Psiquiatría que han cambiado poco con el paso de los años¹. Un conjunto de profesores de Psiquiatría españoles, mediante un sistema de talleres pedagógicos propusimos unos objetivos educativos (Amat et al., 1984) para la formación de postgraduados, que han sido puestos al día recientemente².

Como cabía esperar, las opiniones de los residentes sobre la Psiquiatría difieren de las de los psiquiatras en ejercicio y de las de sus profesores. Sus opiniones sobre los programas formativos difieren también, como hemos dicho, a lo largo de su residencia y no sólo por identificación con sus formadores³. En efecto, la práctica modifica la ideología⁴. Así, resulta comprensible que la práctica habitual de electrochoques en una institución cerrada influya sobre quien los realiza de distinta manera que la realización de terapias psicoanalíticas en una consulta externa⁵.

Se han publicado diversos trabajos sobre las opiniones de los residentes acerca de los aspectos que consideran importantes en su formación como psiquiatras (Greden & Casariego, 1975), alguno de ellos en España (Guimón et al, 1978)⁶. En cualquier caso, la visión de lo que se debe enseñar al futuro especialista en Psiquiatría proveniente de los propios residentes adolece de una falta de perspectiva temporal. Es por ello que los criterios para la elaboración de programas deben tener en cuenta, además de las

opiniones de docentes y discentes, otros parámetros. Uno de ellos es la descripción de lo que verdaderamente hace un psiquiatra en su práctica clínica para adecuar el contenido de los programas a la consecución de los objetivos inherentes a las tareas descritas, como veremos después.

1.2. La práctica real de los psiquiatras

Se han estudiado los distintos aspectos de las actividades prácticas de los médicos profesionales de la Psiquiatría, lo que resulta esencial a la hora de establecer programas educativos que les capacite para esas tareas. En los últimos años se han producido, como ya hemos comentado, importantes modificaciones en las opiniones sobre el papel del psiquiatra en la Sociedad y, consiguientemente, sobre el perfil que debe tener para cumplirlo.

Ya Langsley y Hollender (Langsley & Hollender, 1982) subrayaron que, si un psiquiatra debe ser definido en términos operativos, es esencial decidir qué actitudes (tanto en sus connotaciones cognitivas, como en las afectivas) y habilidades debe poseer o adquirir. Se han realizado muchos esfuerzos para establecer implícita o explícitamente esos requerimientos⁷. Como resultado del aumento de la atención de los medios de difusión a las querellas por práctica inadecuada, el público ha comenzado a cuestionar la presuposición de que cualquiera que se presenta a sí mismo como un especialista competente lo es en realidad. Las organizaciones de consumidores han estimulado la preocupación sobre la calidad y la inocuidad de la práctica médica.

Por otra parte, los rápidos avances en los tratamientos psiquiátricos y la explosión de conocimientos no han sido siempre bien digeridos por los psiquiatras. Se han instituido programas de educación médica continuada como requisito para que los psiquiatras puedan seguir, al cabo de un tiempo prudencial, practicando la especialidad. Sin embargo, todavía no tenemos una definición unánime del tipo de competencia que se desea en el psiquiatra. En efecto, en los últimos veinte años el quehacer del psiquiatra se ha modificado substancialmente: ha aumentado notablemente su número; se ha requerido su presencia en las consultas de la Seguridad Social y en otras consultas y agencias comunitarias; han tenido que liderar las modificaciones de los hospitales psiquiátricos; han debido hacer frente a las demandas de la Sociedad de técnicas psicoterapéuticas complejas; han tenido, en fin, que adquirir habilidades administrativas y servir como consultores a los poderes públicos. Como comenta Rojas Marcos (1989), se observa hoy una tendencia inequívoca hacia la burocratización de las organizaciones de servicios para la Salud mental. En gran parte, la causa de esto radica en que, al haberse (Marcos & Gil, 1989) puesto a punto guías terapéuticas y al aumentar los controles de calidad, las tareas que realizan los profesionales de la Salud mental se comprenden mejor y se hacen más predictibles, rutinarias, repetitivas y programadas. Incluso en temas como la investigación es esencial la capacidad burocrática del psiquiatra.

El psiquiatra del futuro, además de un experto en técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, tendrá que adquirir habilidades de gestión clínica. Su perfil se irá aproximando más al del resto de los médicos. En efecto, los psiquiatras se solían diferenciar de sus compañeros por determinadas características psicossociológicas. En el clásico trabajo de A. A. Rogow, (Rogow, 1970) se describía al psiquiatra (ver capítulo 2, apartado 1.1) como predominantemente varón; proveniente de familias de clase social media y con padres profesionales; más frecuentemente separado o divorciado que sus compañeros médicos; y más frecuentemente también ateo o agnóstico. Su nivel cultural, medido por sus hábitos de lectura, también era superior al

de sus compañeros médicos. Su orientación política era marcadamente progresista y su interés en los beneficios económicos de la profesión menor que el de sus compañeros.

Como se podía suponer, los psiquiatras que tenían las características personales descritas presentaban motivaciones diferenciales respecto a los otros estudiantes de Medicina para elegir su especialización. Entre las motivaciones conscientes para hacerse psiquiatra se incluían el deseo de ayudar a las personas que sufren mentalmente y el interés por los problemas de la Salud mental en general. Se mencionaban, por otra parte, diversas motivaciones inconscientes, como la esperanza de poder librarse a través de su formación y de su ejercicio profesional de sus propias dificultades emocionales.

Los datos de que se dispone actualmente muestran que las características personales y las motivaciones de los médicos que eligen psiquiatría van siendo diferentes y se van aproximando cada vez más a las de los que eligen otras especialidades. Del mismo modo, el perfil del profesional de nuestra especialidad se va haciendo menos diferencial. Es, por todo ello, obvio, que los programas de formación de los futuros psiquiatras tendrán que adaptarse a esta realidad cambiante.

A la hora de planificar la formación de los futuros psiquiatras se debe prestar una atención especial a los aspectos personales del residente, puesto que hemos visto que los abandonos de los programas formativos son más frecuentes en nuestra especialidad que en las demás y que, entre los residentes que comienzan la especialidad de Psiquiatría, abundan los trastornos emocionales.

1.3. Las necesidades de la Sociedad

No se puede evidentemente hacer las mismas previsiones para varios países partiendo de situaciones distintas, sometidos a condiciones socioeconómicas, políticas y sanitarias muy diferentes.

El número de psiquiatras va a disminuir en los servicios públicos, ya que parece que los nuevos diplomados se interesarán más por empleos a tiempo parcial. Como, por otro lado, siempre habrá que limitar los costes, las instituciones tenderán también a contratar especialistas dispuestos a ejercer a tiempo parcial.

Sin duda los servicios privados van a multiplicarse, aunque los psiquiatras entren en competencia con otros especialistas de la Salud mental menos costosos. La competencia, la política del «managed care», la disminución del número de psiquiatras, todos estos elementos van a crear un contexto en el cual el psiquiatra deberá confiar una mayor participación a actividades tales como la administración, las tareas de supervisor o consultor y la enseñanza. También es probable que se reduzcan los esfuerzos de investigación, debido a la disminución de los presupuestos que se ha hecho sentir en este campo estos últimos años en todos los países del mundo.

Aunque en Estados Unidos haya disminuido la importancia del Psicoanálisis, la Psiquiatría dinámica ha seguido impartándose a los psiquiatras, y la mayoría de los programas de formación ofrecen supervisiones de psicoterapia analítica y cursos completos de Psiquiatría dinámica. En otros países, como en Suiza, ese tipo de formación es todavía la preferida. Pero, en general, la Psiquiatría biológica predomina en todos los países.

El sistema de asistencia médica actual en el mundo entero cuenta con un número insuficiente de médicos en posiciones importantes de gestión. En las Facultades de Medicina, no se da un lugar suficiente al conocimiento de la teoría de la gestión y de la práctica administrativa. La mayoría de los estudiantes no tendrán su primera experiencia en administración hasta que lleguen al internado. Numerosas Universidades ofrecen sin embargo estos tipos de programas. Una formación suplementaria puede igualmente obtenerse con seminarios ofrecidos por diversas organizaciones profesionales.

2. LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA

2.1. Diferencias en tre los distintos países

Los programas de formación varían en dependencia con factores como el nivel de desarrollo y condicionantes sociopolíticos. Los países en desarrollo cuentan, como hemos visto en el capítulo 2, con un número muy reducido de psiquiatras, por lo que necesitan tantos psiquiatras como sea posible con varias subespecialidades, aunque quizás tengan una necesidad menor en aspectos como la Psicogeriatría que en otros países. Es indispensable que en esos países el psiquiatra tenga una experiencia en administración, porque tiene que ser a la vez clínico, investigador, epidemiólogo, administrador, enseñante y líder. Es necesario que se vayan desarrollando más escuelas profesionales en esos países. En efecto, la mayoría de los psiquiatras africanos, por ejemplo, se han formado en países desarrollados donde no siempre la formación que reciben es la más adecuada para la práctica que les espera. En la Europa comunitaria, el tratado de Roma exige cuatro años de enseñanza para la especialidad en Psiquiatría, que es una duración semejante a la de Estados Unidos. En otros países, la formación es más larga, como en Suiza, donde se exige seis años⁸.

En Francia la formación se ha venido realizando por dos vías paralelas: mediante la realización de un internado en los hospitales acreditados después de realizar un examen estatal o bien realizando prácticas en Instituciones psiquiátricas y examinándose posteriormente. En la actualidad se pretende unificar el sistema.

En Alemania se puede realizar una formación en Psiquiatría que exige una residencia de un mínimo de cuatro años, entre los cuales hay uno de Neurología, o bien se puede realizar la formación en «Neuropsiquiatría» que exige una residencia de tres años en Neurología y tres años en Psiquiatría.

En Gran Bretaña a nivel local, las unidades psiquiátricas tienen un tutor en psiquiatría responsable de la enseñanza del postgraduado. El Departamento universitario local forma a sus propios médicos y organiza generalmente cursos de enseñanza para la zona siguiendo directrices comunes. El Royal College of Psychiatrists inspecciona y aprueba los hospitales que pueden dar enseñanza y establece las líneas generales y los requisitos para la acreditación de los centros.

Los programas españoles se basan principalmente en los norteamericanos⁹.

El programa americano considera al residente como un alumno en formación más que como a un médico en prácticas. En cambio, el residente americano goza de una relación más informal y cercana con sus superiores que en Europa.

2.2. Un programa ecléctico: El programa suizo

El Departamento de Psiquiatría es uno de los doce Departamentos de los Hospitales Universitarios de Ginebra, y es el único servicio psiquiátrico público en el Cantón de Ginebra (400.000 habitantes) que ofrece servicios ambulatorio y de hospitalización. No existen servicios privados para pacientes psiquiátricos hospitalizados, pero doscientos psiquiatras privados trabajan en el cantón en consultas ambulatorias. Cuarenta especialistas, cuarenta jefes clínicos y cien residentes trabajan en el Departamento. Una proporción importante de residentes son extranjeros y no se quedan en Ginebra al acabar su residencia. Sin embargo, está en aumento la proporción de graduados médicos suizos que eligen Psiquiatría, de forma que se está tomando en cuenta el riesgo de sobrecargar la especialidad y se están discutiendo qué medidas tomar.

2.2.1. Objetivos educativos

Durante estos últimos diez años se han reformado en Suiza los dos programas de formación postgraduada separados en «Psiquiatría y Psicoterapia», (general) y en «Psiquiatría y Psicoterapia infantil». En 1996, se puso en práctica un nuevo programa de formación en Psiquiatría y Psicoterapia general.

Para poder adaptar este programa en el Departamento de Psiquiatría de Ginebra y reconociendo que es esencial el conocer la práctica diaria del psiquiatra para la formulación de los objetivos de formación adecuados, hicimos una encuesta sobre la ideología psiquiátrica (Guimón et al., 1996) y sobre las prácticas clínicas de los psiquiatras suizos (Guimón, Fischer et al., 1997b).

De entre los dos mil trescientos psiquiatras suizos, ciento nueve contestaron al cuestionario: 53% en práctica privada, 20.5% en el sector público, y 24% en una práctica mixta. El 79% decía adscribirse al modelo psicodinámico, el 42% al biológico, y el 41% al social. Describían que trabajaban en un marco individual (98.9%), de pareja (64.8%), de familia (53.1%) o de grupo (17.3%). Ofrecían tratamientos combinados psicoterapia-medicación (93%); psicoterapias psicoanalíticamente orientadas (82%); Psicoanálisis (24.5%); intervenciones focales breves (68%). Practicaban con enfoques sistémico (44.5%), comportamental (36%) o cognitivo (34%). Un 36% utilizaba técnicas de condicionamiento, un 42% la relajación y un 15.5% la hipnosis.

Los psiquiatras suizos tenían una formación biológica relativamente mediocre, mientras que, al contrario, Suiza aparecía como uno de los países del mundo en el que más ampliamente se utilizan las psicoterapias de orientación psicoanalítica.

Se obtuvo un número importante de correlaciones entre todas las variables estudiadas, llegando a interesantes conclusiones acerca de cómo poder mejorar los programas de formación.

2.2.2. Un nuevo programa de postgrado

En Suiza, un cierto número de servicios hospitalarios están acreditados para dar una formación completa en Psiquiatría general y unos pocos proporcionan además uno a dos años de formación en ciertas áreas específicas (Psicogeriatría, abuso de sustancias, etc.), al margen de la Psiquiatría infantil que constituye, como hemos dicho, una especialidad independiente.

Durante el período de seis años que dura actualmente la formación en Psiquiatría general, se permite un año de investigación y se hace otro año en un servicio médico diferente del de Psiquiatría. Los temas de los cursos teóricos se han reorganizado haciendo hincapié en las cuestiones de diagnóstico y terapia biológica.

La especialidad en Psiquiatría general incluye una formación completa en psicoterapia. Se enseña el componente de psicoterapia, dentro del programa general, mediante clases magistrales y supervisiones llevadas a cabo por psicoterapeutas externos a la institución y bien formados. El Psicoanálisis solía ser la orientación exclusiva de la formación psicoterapéutica. Actualmente, sin embargo, con una orientación ecléctica, después de un año de formación psicoterapéutica general, los estudiantes pueden elegir entre tres orientaciones principales: psicodinámica, cognitivo-comportamental y sistémica y han de tener supervisiones en el campo que se ha elegido.

En lo que concierne a la psicoterapia, todos los supervisores de psicoterapia son externos a la institución, sin designación académica o preparación orientada a la Universidad. Esto sigue cuestionando el cómo se enseña la psicoterapia en la Universidad, una cuestión que sigue sin resolver a principios del siglo XXI.

3. LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

Los programas establecidos en 1978 fueron modificados en 1984 y han sufrido recientemente de nuevo el año pasado ciertos cambios.

3.1. Los programas hasta 1984

En 1978 se creó para cada especialidad médica o quirúrgica una Comisión Nacional, formada por profesores de Universidad y por especialistas designados por el Ministerio de Sanidad, los Colegios de médicos y las Asociaciones de la especialidad, hasta un total de doce miembros. Estos eligen a un presidente.

Los presidentes forman parte del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que es el cuerpo que asesora sobre la enseñanza de todas las especialidades en España.

Cada comité establece un curriculum con sus contenidos teóricos y prácticos y define la duración de la formación que fluctúa entre tres y cinco años dependiendo de la especialidad. Fija también el comité los criterios para la acreditación para la enseñanza de los servicios e instituciones y establece las vías para la evaluación del período formativo y las pruebas necesarias para obtener el grado de especialista.

En la primera Comisión de Psiquiatría se fijó en cuatro años la duración global del programa. Se describieron las actividades y programas teórico-prácticos. Las rotaciones por las diferentes unidades quedaron también detalladas.

Las coordinaciones a establecer con otros programas docentes consistían en la rotación de los residentes de Psiquiatría por Neurología, Neurocirugía y Neurofisiología clínica, por un período de cuatro meses durante los dos primeros años.

Se preveía una evaluación anual y una evaluación final consistente en una prueba teórica y una prueba práctica. Se requería también la presentación de un trabajo de investigación de la especialidad, avalado por el centro donde se hubiera realizado la formación.

Para la acreditación de las unidades docentes, se especificaron requisitos, en cuanto a la presencia de un número mínimo de personal facultativo con actividad docente y a los dispositivos hospitalarios y extrahospitalarios precisos.

3.2. Los programas a partir de 1984

Tras la puesta en marcha de este programa, los médicos internos y residentes presionaron para lograr que desapareciera la evaluación final como requisito para la obtención del título de especialista. Por otra parte, realizaron una huelga prolongada para impedir que fuera posible la obtención del título de especialista mediante una vía alternativa al sistema MIR, tal como se empezó a planear.

Los estudios de especialización para graduados universitarios estaban previstos en la Ley General de Educación. Cuando pasaron cinco años de su publicación, se puso de manifiesto la necesidad de modificarla para adaptar los estudios al nuevo estado de las Autonomías, a la integración en la UE, a las directrices de la OMS y al desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria. Por ello, se promulgó el Real Decreto 127/1984 del 11.1 por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. Se creó una comisión entre los ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo para que determinara el número de plazas que anualmente deberían convocarse para la formación de médicos especialistas. Se suprimió el examen al término de la formación y se reguló la participación de los médicos residentes en las Comisiones Nacionales de las Especialidades.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría designada tras la promulgación del Decreto Ley de 1984, trabajó durante el año 1985 en la elaboración de los programas de las especialidades y en los mínimos de acreditación de unidades para la docencia posgraduada de Psiquiatría que fueron aprobados el 15.6.198610.

En el nuevo programa se enumeraron como «áreas de capacitación específica» la Psiquiatría infantojuvenil, la de la vejez, los aspectos psiquiátricos del alcoholismo y las drogodependencias y la administración psiquiátrica y de la Salud mental.

En cuanto al contenido y desarrollo del programa de formación, se marcaba una duración global del programa de cuatro años, con una etapa de formación genérica de dos años y una etapa de formación más específica en áreas de capacitación.

Al describir las actividades y programas teorico-prácticos, se señalaba que la labor asistencial del residente, necesaria para su formación práctica, no debería interferir en el desarrollo del programa teórico, por lo que el tutor debería asegurar la armoniosa distribución del tiempo en las distintas actividades. El residente contaría, a lo largo de su formación, con un mínimo de doscientas horas de supervisión de su trabajo práctico, la mitad para las técnicas terapéuticas biológicas y la otra mitad para las técnicas psicosociales.

Se aconsejaba facilitar a los residentes la participación en experiencias de grupos verbales que les permitiera explorar la dinámica de sus relaciones interpersonales.

A lo largo de la residencia, cada residente debería desarrollar, bajo supervisión, cuando menos un proyecto de investigación en Psiquiatría.

El programa teórico debía incluir temas sobre fundamentos de la Psiquiatría, clínica psiquiátrica e intervención psiquiátrica, según un temario muy general que se especificaría en cada unidad docente.

Interesados por conocer la actitud de los directores de las unidades docentes sobre el programa de residencia vigente hasta 1986, realizamos una encuesta (Sacanell & Guimón, 1986) sobre sus opiniones sobre distintos aspectos. La duración de la especialidad fue ampliamente aceptada. Había disensiones, en cambio, en cuanto a las áreas de capacitación específica propuestas¹¹, el número de horas propuestas¹², las rotaciones necesarias¹³, y la evaluación anual (ampliamente considerada como necesaria). Los encuestados eran unánimes al recomendar aumentar la presencia de la totalidad de los distintos campos temáticos propuestos en el programa. Quince directores consideraron interesante la posibilidad de que los MIR pasaran por un grupo de sensibilización dirigido por un especialista mientras que nueve lo estimaron de poco o ningún interés.

3.3. El nuevo programa

En conjunto, la experiencia de la formación de posgraduados en España por el sistema MIR ha resultado muy satisfactoria en lo que se refiere a la formación de psiquiatras. Sin embargo, se observan varias imperfecciones en el sistema. Por una parte, el número de plazas adjudicadas a la especialidad de Psiquiatría resulta insuficiente de cara a las necesidades de nuevos psiquiatras para el país. Por otra, el sistema de la prueba MIR por el que los que la aprueban optan a las plazas de las distintas especialidades de acuerdo con el orden de prelación obtenido en el examen, impide, en muchas ocasiones, elegir la especialidad que el futuro residente vocacionalmente hubiera deseado. No existe, además, la posibilidad de modificar la elección de especialidad, sino en casos muy limitados.

Algunas de las imperfecciones parece que pueden subsanarse con el nuevo programa recientemente instaurado por la Comisión Nacional.

3.3.1. Objetivos

Los objetivos generales del programa son: adquirir la capacidad clínica necesaria para atender correctamente la enfermedad mental en sus aspectos preventivo, curativo y de rehabilitación; desarrollar comportamientos, actitudes favorables de trabajo eficiente en

la red sanitaria; conocer y poder organizar servicios sanitarios para la atención al enfermo mental; capacitar para una práctica profesional que responda e integre las normas éticas en una profesión en permanente contacto con el sufrimiento humano; participar en la educación para la salud de la población mediante la promoción de hábitos de vida saludables; colaborar con otros servicios asistenciales en el mejor desarrollo de una atención sanitaria integral; capacitar para la formación del personal sanitario en materia de Salud mental; evaluar correctamente las actividades, clínico-asistenciales y sus resultados sobre la salud de las personas; iniciar en las tareas de investigación dentro de la especialidad¹⁴.

3.3.2. La formación

Toda unidad docente acreditada para la formación en Psiquiatría deberá establecer un sistema de tutorías que asegure la armoniosa distribución del tiempo en las diferentes actividades que componen el programa de la especialidad.

La labor asistencial del MIR, imprescindible para su correcto aprendizaje, no deberá interferir el desarrollo integrado y progresivo de la formación.

El desarrollo de los aspectos teóricos del programa formativo se realizará dando prioridad a la participación activa del residente a través, entre otras formas, del sistema de seminarios.

Se recomienda facilitar, especialmente durante su primer año, la participación en experiencias de grupo que les permitan explorar sus relaciones interpersonales.

Entre las actividades a desarrollar se mencionan: la atención de pacientes en régimen de hospitalización, en programas comunitarios y en servicios de patologías específicas (Psiquiatría infantil, Gerontopsiquiatría, etc.); la participación en actividades de divulgación sanitaria; la familiarización con métodos diagnóstico complementarios (psicometría, radiodiagnóstico, etc.); la familiarización con técnicas psicoterapéuticas; la aplicación de controles de calidad a su actividad clínica; la preparación e intervención en sesiones clínicas y seminarios, reuniones, cursos y congresos científicos; la participación en grupos de discusión supervisados sobre conocimiento, evaluación y manejo de las respuestas emocionales consiguientes a las distintas actividades mencionadas.

La formación comporta actividades asistenciales (primeras consultas, seguimientos, trabajo en la atención primaria, situaciones de crisis) y administrativas.

Se regula la necesidad (en un cuatrimestre para cada actividad) de adquirir experiencia en programas de hospitalización, rehabilitación, Psiquiatría infantil y de la adolescencia, Medicina general y guardias hospitalarias.

Se ofrece la posibilidad de profundizar en algunos campos específicos (Psiquiatría de la infancia y adolescencia, alcoholismo y drogodependencias, Psicoterapias, Psiquiatría de la vejez) a realizar después del periodo de formación sea en uno o dos o cuatro meses.

4. NECESIDAD DE UNA FORMACIÓN ECLÉCTICA

La orientación teórica de los psiquiatras depende en gran parte del tipo de formación que reciben durante el internado y del tipo de práctica que llevan a cabo. En España, encontramos (Guimón, 1987) una relación entre el lugar en el que trabajan los psiquiatras y el modelo teórico al que se adscriben. El modelo médico estaba principalmente defendido por psiquiatras que trabajaban en Hospitales y por aquellos que trabajaban en centros para alcohólicos y para toxicómanos. Por otro lado, aquellos que ejercían en centros comunitarios de Salud mental se inclinaban hacia el modelo psicodinámico.

El dogmatismo que prevalece en las tendencias reduccionistas produce serios conflictos entre los psiquiatras y disminuye el prestigio de la Psiquiatría en la Sociedad. Afortunadamente, durante estos últimos años, este dogmatismo ha dado paso a una actitud ecléctica. Sin embargo, los programas de formación de futuros psiquiatras deberían fomentar esta tendencia y prevenir factores que pudieran favorecer esos excesos reduccionistas.

Hemos visto en el capítulo 3 que existen varias razones por las cuales algunos psiquiatras se adhieren de forma excesiva a uno u otro de los diferentes modelos teóricos. Por ejemplo, unas determinadas inclinaciones de la personalidad (la falta de tolerancia a la ambigüedad, el autoritarismo, etc.) condicionan la forma de acercarse al paciente, a las personas en general y a la vida misma.

Cuando el futuro psiquiatra comienza su residencia, tiene establecida buena parte de su identidad, en la que su definición profesional como médico desempeña un papel no despreciable. Ha sido ampliamente comentado, sin embargo, que la prolongación del rol de dependencia hacia sus formadores mantiene al residente en un modo de adolescencia tardía. El residente en Psiquiatría debe, en esa que Erickson (Erikson, 1960) llama «moratoria psicosocial», poner en cuestión su identidad como médico para adaptarla a la nueva identidad de psiquiatra. En ese proceso juegan un papel fundamental el tipo de tareas que desarrolla durante la residencia, las informaciones cognitivas que recibe y el modelado de su personalidad a través del contacto con los maestros, mediante procesos, más o menos inconscientes, de identificación. En efecto, la orientación terapéutica y la ideología en general del psiquiatra se modelan parcialmente a lo largo de su residencia y se van haciendo más parecidas a las de sus profesores. Así, se ha demostrado que las actitudes de los residentes y de sus formadores respecto a los distintos modelos ideológicos psiquiátricos se van aproximando con el paso del tiempo durante la residencia.

El perfil profesional de los actuales psiquiatras (Guimón, 1990), desprovisto de la aureola de romanticismo que lo rodeaba anteriormente, ha dejado de interesar a algunos médicos con gustos artísticos, literarios o humanistas, y atrae, como comentamos en otro lugar, a médicos con orientaciones más cercanas a la «psico-neuro-endocrinología», lo que ha alterado considerablemente el perfil de los nuevos especialistas como hemos dicho en el capítulo 2. Los jóvenes graduados, con un perfil claramente médico, prefieren otras especialidades más atractivas, más eficaces y que requieren un compromiso personal menor. No parece, como algunos lo temen, que la profesión esté entrando en un proceso de desaparición, pero es cierto que hay una tendencia a limitar su campo de acción a la «neurobiología comportamental», confiando a otros especialistas que no son médicos los aspectos más psicológicos del sufrimiento mental. Sería por lo tanto necesario intentar evitar el riesgo de un enfoque excesivamente biologista con nuestros psiquiatras en formación. Pero ¿cuáles son los medios de los que disponemos y que nos permitirían poder influir en la ideología de un psiquiatra en formación?

El tipo de actividades que tienen lugar durante su formación y su práctica, modifican su ideología. El ser humano tiene la tendencia de inventarse creencias para explicar sus actos. Esto explicaría la adopción de diferentes actitudes ideológicas según los tipos de actividad del psiquiatra. Así, es absolutamente normal que la práctica corriente de electrochoques en una institución cerrada no tenga la misma influencia en el que los lleva a cabo que el uso de una terapia psicoanalítica en una consulta externa.

Es necesario, por lo tanto, considerar que el camino institucional y las actividades en el programa de formación de post-graduados son particularmente importantes para la formación de la identidad del asistente de psiquiatría. En la misma línea de

pensamiento, se ha subrayado el interés de empezar la formación con actividades similares a las de otros médicos, como por ejemplo psiquiatría de enlace, y poner luego a los médicos asistentes en contacto con un gran número de pacientes mentales graves en una unidad de corta estancia (Bernard D. Beitman & Peter Maxim, 1984).

1 En opinión de Brown deberían obtener una preparación mínima en diez aspectos que describe y posteriormente, podría interesarse preferentemente en cualquiera de las áreas especializadas o bien en los campos de la investigación o de la enseñanza. Goodrich (Goodrich, 1972) y otros muchos autores subrayan que la mayoría de los especialistas sólo se sienten cómodos cuando estudian pacientes de edades comprendidas entre los dieciocho y sesenta años y propone que se les dé alguna formación en psiquiatría infantil. Thompson y col. (1979) realizaron una encuesta en la que en referencia al tipo de personalidad que el futuro psiquiatra debería tener, los rasgos más valorados fueron la fiabilidad, la integridad, el interés en los pacientes, el reconocimiento de los problemas contratransferenciales y la objetividad. Hausman y cols. (Hausman & Garrard, 1982) compararon las prioridades que veintiún educadores psiquiátricos, (algunos de ellos de orientación psicodinámica y, otros, de orientación biológica), asignaban a distintos objetivos educativos en sus programas de residencia en Psiquiatría. No encontraron diferencias significativas y, por ejemplo, ambos grupos asignaban altas prioridades al proceso psicoterapéutico y al diagnóstico y bajas prioridades a las Neurociencias y a la investigación. Yager (Yager, Kay, & Winstead, 1991) proponen un currículo tras su experiencia con el desarrollo de los objetivos educacionales que desarrollaron en el programa de residencia en la UCLA (Yager, 1974).

2 El taller pedagógico de postgraduado realizado por profesionales españoles recomendaba que el postgraduado debería ser capaz de: servir al individuo y a la Comunidad en la atención a la Salud mental aplicando los recursos psiquiátricos en el marco de la estructura sanitaria general; adecuar sus conocimientos a las corrientes de pensamientos psiquiátrico y de las ciencias afines; aplicar en su labor clínica conocimientos y técnicas psiquiátricas y de las ciencias afines, para la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación; reconocer las motivaciones y actitudes que influyen en su ejercicio profesional y encauzarlas positivamente; contribuir a la formación sobre Salud mental de psiquiatras, médicos generales, profesionales de la Salud y otros miembros de la Comunidad; participar en la consecución de una asistencia sanitaria óptima en la comunidad en el campo de la Psiquiatría y modificar las actitudes negativas de la población respecto a la Salud mental, y promoviendo el desarrollo de una política sanitaria adecuada; reunir información pertinente, interpretarla y aplicarla, y participar en proyectos de investigación; poseer una actitud crítica y evaluadora de su propia actividad, siendo capaz de modificarla.

3 Willmuth y Spinner (Willmuth & Spinner, 1978), comparando las actitudes de los residentes ante las distintas terapéuticas a lo largo del primer año de su formación, vieron que su creencia en la socioterapia aumentó, mientras que la creencia en la psicoterapia disminuyó y no cambió la creencia en la somatoterapia.

4 Timmons (1963) ha demostrado, con un ingenioso experimento, la extendida impresión de que el ser humano tiene tendencia a generar creencias para explicar sus acciones. Trasladada al campo de la ideología psiquiátrica, esa tendencia condicionaría la adopción de posturas ideológicas diferentes según los tipos de actividades del psiquiatra.

5 En este sentido, se ha destacado la importancia de comenzar la residencia con actividades cercanas a las de los demás médicos, como la psiquiatría de enlace, la conveniencia posterior de la exposición a un amplio número de pacientes psiquiátricos agudos en una unidad de corta estancia (Bernard D. Beitman & Peter Maxim, 1984), etc.

6 En nuestro estudio en España (Guimón et al., 1978), los psiquiatras y residentes en Psiquiatría consideraban mayoritariamente al llamado modelo médico como trasnochado. Se mostraban, por otra parte, convencidos de la vigencia del Psicoanálisis y de la conveniencia de que los psiquiatras tomaran una postura pública activa respecto a los problemas sociopolíticos. Los residentes en Psiquiatría mantenían tales posiciones en forma significativamente más extrema que los especialistas. Comparando las opiniones de los residentes y los psiquiatras españoles con las de los norteamericanos estudiados por los autores antes citados, observamos un mayor radicalismo en las posiciones teóricas de los profesionales de nuestro país. Se detectaba, en efecto, entre éstos, la existencia de grupos extremos, partidarios los unos de un biologismo acentuado y los otros de un acérrimo sociologismo, matizado tan sólo por algunos tintes psicodinámicos.

7 Con objeto de detectar los objetivos que un amplio grupo de profesionales consideraba deseables, Langsley y Hollender (Langsley & Hollender, 1982) realizaron una encuesta de la que se desprende que, tanto los profesores como los especialistas en Psiquiatría, definen a un especialista en Psiquiatría como un clínico cuyas principales habilidades son las de evaluar y tratar los trastornos psiquiátricos.

8 El futuro psiquiatra trabaja aproximadamente un año como senior house officer e intenta luego promoverse a «registrar»; aproximadamente por entonces realiza el examen preliminar de miembro del Royal College of Psychiatrists. El examen final lo realiza después de trabajar tres años en Psiquiatría, tras lo que puede buscar un puesto de senior registrar. Es en ese momento en el que puede buscar un trabajo en una de las sub-especialidades existentes. Después de pasar de dos a cuatro años en un programa de enseñanza superior, el senior registrar puede solicitar, en competición con sus compañeros, un puesto de «consultant». La carrera académica comienza tras el examen del Royal College a nivel de lecturer, generalmente con un contrato de senior registrar honorario. Posteriormente puede ser promocionado a senior lecturer a nivel de consultant.

9 En algunos centros se concede mucha importancia al Psicoanálisis, que se amalgama al resto de las materias conformando lo que se ha venido a llamar una «Psiquiatría dinámica». Los recientes avances en la Biología de la Psiquiatría han modificando los programas en favor de esa orientación. Al final de la residencia hay un completo examen oral y escrito para ser certificado como especialistas en Psiquiatría.

10 Entre los documentos manejados se contaban los programas de formación británicos, los objetivos mencionados del taller pedagógico, publicaciones nacionales sobre actitudes ante los programas formativos y un documento sobre «circuitos formativos».

11 En diez casos (el 42% de respuestas) se consideraba correcta la propuesta del programa. En el resto se realizaban propuestas diferentes: en siete casos se proponía incluir la psicogeriatría (29%); en cinco la psicoterapia; en tres, las drogodependencias; etc.

12 Así, trece estaban de acuerdo con la propuesta situación de entonces, mientras once proponían alguna variación.

13 En once casos se proponían modificaciones.

14 Objetivos que deberá poder realizar el médico residente en Psiquiatría al finalizar su período de postgrado: Mantener una actitud y conocimiento equilibrado frente a las

corrientes de pensamiento psiquiátrico vigentes, contemplando sus correlaciones con otros campos científicos y aplicándolas. Aplicar en su labor clínica los conocimientos, técnicas y actitudes adecuadas para la prevención, diagnóstico, pronóstico tratamiento y rehabilitación de los trastornos psiquiátricos. Reconocer las actitudes que influyen en su ejercicio profesional y encauzarlas positivamente. Asesorar y cooperar en tareas de educación y promoción de la Salud mental. Participar técnicamente en el desarrollo de una prestación psiquiátrica óptima para la Comunidad y en aquellas situaciones que busquen modificar actitudes negativas de la población respecto al enfermo mental. Contribuir al avance del conocimiento de la enfermedad mental, interviniendo en proyectos de investigación básica clínica y epidemiológica. Someter a evaluación continuada los resultados de sus actuaciones en el campo psicológico-psiquiátrico, analizando su nivel de coincidencia con los objetivos formativos y asistenciales propuestos e introduciendo las medidas correctoras pertinentes.

Capítulo 10

La formación de los no psiquiatras

1. LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ASISTENCIA PRIMARIA

Aunque se podría pensar que la tarea de enseñar Psiquiatría en Medicina es sencilla, no parece ser el caso y una ya larga serie de estudios al respecto (Reiser, 1963; Romano, 1973) subraya que el principal defecto es la falta de ideas claras sobre cuáles deben ser los objetivos precisos¹. En una investigación con estudiantes de Medicina en EE.UU hace más de treinta años (Castelnuovo, 1967), el 20% consideraron que la Psiquiatría había sido la materia peor enseñada y el 19% consideraban que era la asignatura de la que menos sabían. Sólo la Cirugía y algunas de sus especialidades obtuvieron resultados peores. La situación no parece haber mejorado con el paso de los años (Guimón, 1998) y los programas difieren en cuanto a la manera de abordar el amplio objetivo de sensibilizar al médico general al mejor conocimiento de sus relaciones con los pacientes y al conocimiento de los principales problemas psíquicos con que se enfrentará en su práctica.

1.1. Los objetivos

Uno de los métodos para definir los programas educativos necesarios es definir las tareas que los médicos deberán cumplir cuando están abordando un paciente. Según el tipo de proceso mental implicado, los objetivos se pueden denominar como correspondientes al «campo afectivo», que implican actitudes, al «campo sensitivo-motor» que implican habilidades prácticas o al «campo cognoscitivo» que implican conocimientos.

Lo más importante luego es la pertinencia del programa, es decir la medida en que facilita a los estudiantes la adquisición de todas las competencias necesarias para abordar los objetivos definidos. Tales competencias se refieren a las necesidades de la población en un momento dado, de acuerdo con los recursos existentes. Se trataría, por tanto, de definiciones que tengan en cuenta las necesidades de la población cuando el sujeto en formación comience a actuar como profesional. Así, el informe para la reforma de la Psiquiatría en Francia, que ha sido entregado en el 2001 con el nombre de «De la Psychiatrie à la santé mentale» por los doctores Eric Piel y Jean Luc Roelandt (Piel & Roelandt, 2001) al ministro Bernard Kouchner, realiza recomendaciones en relación con las necesidades de ese país y se hace hincapié, por ejemplo, en que en el

tercer ciclo de estudios médicos para los médicos generales, se debería integrar obligatoriamente un semestre en Salud mental.

Hay un consenso desde hace ya decenios (Bowden & Barton, 1975; Romano, 1961; Walton, 1968) respecto a que la enseñanza debe incluir una serie de aspectos: Psicopatología clínica; interacción de los factores emocionales con las funciones fisiológicas en la salud y en la enfermedad; habilidad en la relación médico-enfermo; conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y antropológicos de la conducta humana. Implícito en muchos de los trabajos y explícito en algunos (Snibbe, 1975) está el punto de vista de que la educación psiquiátrica debe ir encaminada a mejorar la relación del estudiante con los enfermos más que a comunicarle habilidades técnicas psiquiátricas concretas.

La formación psiquiátrica debe adaptarse a un sistema de Salud cambiante en todo el mundo. La mayoría de las personas que padecen trastornos mentales y síntomas no serán nunca vistos por un psiquiatra, de forma que se ha de hacer hincapié en la formación de médicos generales, pediatras, geriatras, neurólogos y de otros profesionales de la Salud.

En cualquier caso, la forma en la que se ofrecen los servicios de Salud mental está siendo considerablemente modificada por las constantes estrategias de contención de costes y se está perfilando una nueva descripción del rol de los distintos profesionales de la Salud mental. Además, el conocimiento de los factores determinantes de los trastornos psiquiátricos y su tratamiento está aumentando de forma exponencial, de forma que nuestro campo de conocimiento y práctica debería ser redefinido y que las técnicas de transmisión de conocimientos y habilidades tendrían también que ser reconsideradas. En consecuencia, el campo de la enseñanza de la Psiquiatría en Medicina está en plena transformación y debería ser examinado como un todo en un contexto global que concierne tanto la formación médica pregraduada como la de postgrado.

Los programas varían ampliamente según los países. En algunas Facultades se han hecho ensayos de educación integrada de los diversos aspectos de la Psiquiatría con las demás asignaturas, como en la Facultad de Medicina de Ginebra, con un programa que comentaremos más adelante.

1.2. La situación en España

La incorporación de la enseñanza de la Psicología médica y de la Psiquiatría al curriculum de la carrera de Medicina, en nuestro país, es aún reciente. Los distintos cambios de planes en la carrera de Medicina no han aportado un reconocimiento explícito de la importancia creciente de nuestra disciplina en el contexto de la Medicina. Los nuevos planes de estudios de distintas Facultades han reducido las horas lectivas dedicadas a la Psicología médica y a la Psiquiatría.

Como consecuencia, el nivel de formación de los médicos que salen de nuestras Facultades respecto a la Psiquiatría seguirá siendo deficiente. Los estudiantes de Medicina en general no tienen un gran interés en los temas psiquiátricos. En los lugares donde se utilizó el sistema de internado rotatorio con permanencia en un servicio de Psiquiatría durante un cierto tiempo (como en el Hospital Clínico de San Carlos desde 1971) la situación era algo mejor (J.J. López Ibor Aliño y J. L. Ayuso, 1973).

En España, la enseñanza de estos contenidos se realiza a través de las asignaturas de Psicología Médica y de Psiquiatría, completadas en algunas Facultades por asignaturas optativas.

La asignatura de Psicología médica debe transmitir al estudiante ciertas capacidades: observar, describir y comprender la conducta de los demás seres humanos en un

contexto médico y en especial en el de la relación médico-paciente; conocer adecuadamente los módulos habituales de conducta «normal» que le permitan estudiar en el futuro el comportamiento patológico; comprender las relaciones de pequeño y gran grupo en las que va a sentirse inmerso al ejercer su profesión y, en especial, el trascendental papel social que su trabajo cumplirá en su día.

La asignatura de Psiquiatría debe, por su parte, transmitir a los futuros médicos: la importancia que tienen para la Salud las relaciones emocionales interpersonales; la necesidad de que se conviertan en cooperadores eficaces en la tarea global de la Salud más que en administradores de las técnicas específicas que han aprendido; algunos conocimientos específicos de la Psiquiatría clínica.

Se pueden transmitir ese conocimiento interpersonal, esa capacidad de cooperación y esos rudimentos psiquiátricos mediante la información teórica y la práctica bajo un control adecuado. Por supuesto que la presentación de enfermos (en vivo o en grabaciones) conlleva algunos riesgos pero, si se realiza con la suficiente delicadeza, puede ser un utensilio particularmente eficaz para transmitir ejemplos de una adecuada relación con el enfermo. Eso al margen, el estudiante puede tener la posibilidad de realizar historias clínicas y discutir las posteriormente de manera personal con el médico tratante.

A la hora de revisar y poner al día los programas para que sean pertinentes, hay que tener presente la opinión de los médicos en ejercicio, quienes en definitiva están más en contacto con la práctica médica habitual y pueden por ello tener una opinión más realista de sus necesidades. En opinión de Snibbe (Snibbe, 1975) los currícula que pueden ser propuestos por psiquiatras muy experimentados o educadores en Psiquiatría pueden no colmar las necesidades reales de sus colegas no psiquiatras. De hecho, suelen observarse disensiones entre psiquiatras y médicos no psiquiatras sobre lo que el médico general debe conocer de Psiquiatría, como lo ilustra un sondeo de opiniones entre médicos de Vizcaya, comparándolas con las de médicos norteamericanos² que realizamos hace ya veinte años (Guimón, Totorica, Villasana, & Ozamiz, 1980).

Por otra parte, varios representantes del profesorado psiquiátrico español trabajamos en los años ochenta en la elaboración de objetivos de la enseñanza psiquiátrica de cara a la elaboración de un programa común (Amat et al., 1984)³. Esos datos han ido permitiendo modificar los programas durante los últimos años, pero el realizar nuevos cambios exigiría otros sondeos actualizados y nuevas reuniones de consenso.

1.3. Los programas integrados: el ejemplo de Ginebra

Una transformación radical de la formación de pregrado y de postgrado ha tenido lugar a lo largo de los últimos siete años en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra (J. Guimón, 2001b). En las páginas que siguen haremos una breve descripción y discusión del alcance y las limitaciones de estos cambios en la formación y de las consecuencias que han tenido en la práctica clínica diaria en el Departamento de Psiquiatría.

1.3.1 Los objetivos educativos

La formación tradicional de pregrado incluía clases *ex cathedra* repartidas entre los períodos pre-clínicos y clínicos de los seis años que dura la licenciatura de Medicina. Durante estos períodos, los estudiantes visitaban algunas unidades psiquiátricas para hacer historias clínicas y asistir a presentaciones de pacientes hechas por los jefes clínicos de la unidad.

En 1995 se desarrolló en Ginebra un nuevo currículum de formación médica con un énfasis en discusiones orientadas a la resolución de problemas en grupos pequeños. Se

habían establecido objetivos educativos en Psiquiatría como en todas las demás ramas fundamentales de la Medicina. Se utilizaron dos enfoques básicos complementarios para la definición de los objetivos de la formación psiquiátrica. Por un lado, los profesores del Departamento definimos los objetivos educativos. Por otro, hicimos una encuesta de opinión entre los médicos que practicaban en Ginebra, utilizando un cuestionario de veinte puntos para examinar las habilidades y las actitudes que un médico general debería tener en el campo de la Psiquiatría. (Goerg, De Saussure, & Guimón, 1999).

De los mil quinientos cuarenta médicos que trabajan en Ginebra y los doscientos estudiantes de Medicina en sus últimos dos años de formación, setecientos contestaron al cuestionario enviado por correo acerca del conocimiento y de las habilidades en Medicina psiquiátrica/psicológica que consideraban necesarios en la práctica médica.

Aunque se observaron algunas diferencias entre las prioridades identificadas por los médicos suizos y los españoles y norteamericanos, los médicos y los estudiantes de Ginebra coincidieron con aquellos acerca de la importancia de los temas siguientes (Goerg, Fischer, Zbinden, & Guimón, 1996): la relación médico-enfermo; la identificación y el manejo de los principales trastornos psiquiátricos; la detección de los riesgos asociados a esos trastornos; la importancia de los problemas de naturaleza psico-social. Aquellos médicos de Ginebra que anteriormente habían mostrado un interés especial en cuestiones psiquiátricas (y que habían, por ejemplo, acudido a cursos de perfeccionamiento en Psiquiatría), tendían a acentuar la importancia de las habilidades interpersonales.

Aunque estas prioridades formativas no coincidieron del todo con las que habíamos propuesto los profesores del Departamento de Psiquiatría, fueron tomadas en cuenta a la hora de establecer los objetivos. El hecho de que los estudiantes consideraran que ciertos problemas habituales en la práctica médica no eran lo suficientemente tratados (De Saussure, 1996), nos impulsó a concentrar el programa en los trastornos que encuentra con más frecuencia el médico general.

1.3.2. Un nuevo modelo educativo

El enfoque clásico, basado en la teoría impartida en clases magistrales, que existía tradicionalmente en la Facultad fue substituido por un nuevo modelo educativo que ha sido puesto en práctica estos últimos siete años con la ayuda de una Unidad por el Desarrollo y la Investigación en Educación Médica (UDREM) creada ex propósito, dirigida por una catedrática (M. Vu) nombrada a ese efecto. La finalidad del nuevo programa era integrar la enseñanza de las ciencias psicosociales y clínicas básicas con una orientación hacia la Asistencia sanitaria comunitaria, mediante una enseñanza activa, auto-dirigida y basada en una experiencia práctica extensa (Guimón, 2000).

El curriculum del primer año utiliza un enfoque clásico, basado en clases teóricas sobre temas de Física, Química, Estadística, Anatomía, Biología, Embriología, Fisiología, Organización del Sistema Nervioso Central y una introducción de veintiocho horas a la Medicina psicosocial.

El curriculum para el segundo y el tercer año combinados consta de: once unidades de enseñanza de cuatro semanas (entre las cuales una sobre las Bases Biológicas de la Conducta); cuatro unidades de enseñanza de dos semanas para fomentar la integración multisistémica; y un programa de Habilidades Clínicas de veintisiete meses en grupos pequeños. También se ofrece a los estudiantes una completa experiencia de aprendizaje basada en la Comunidad en consultas de médicos generales.

El cuarto y el quinto año empiezan con sesiones en grupos pequeños de doce semanas que constan de las materias de las principales ramas médicas, incluida la Psiquiatría, y están diseñados para facilitar el conocimiento de los mecanismos que subyacen a los

síndromes clínicos comunes. Hay luego un año de rotación con once «residencias» clínicas basadas en la práctica, de una duración de ocho, cuatro o tres semanas cada una.

La «residencia» en Psiquiatría dura cuatro semanas y consta de seminarios, en grupos pequeños sobre resolución de problemas clínicos y de sesiones clínicas basadas en casos en las que se hace hincapié en el aprendizaje auto-dirigido. Una semana estandar incluye cuatro sesiones de dos horas de discusiones de casos, diecisiete horas de aprendizaje auto-dirigido; tres seminarios sobre temas no-psiquiátricos; seis horas de visitas médicas; dos tardes de estudio de pacientes nuevos y una mañana de urgencias.

El sexto año consta de diez meses consecutivos de plena actividad en algunas especialidades a elegir entre las que está, como opción, la Psiquiatría.

1.3.3. Ventajas e inconvenientes

El programa de Psiquiatría ha sido uno de los mejor valorados de la licenciatura y los estudiantes se muestran satisfechos de la pertinencia clínica de lo que aprenden en las Ciencias médicas básicas. La experiencia novedosa de trabajar en grupos pequeños y el aprendizaje basado en los problemas clínicos favorecen la participación de muchos estudiantes que previamente no participaban en el curriculum tradicional. Por parte de los tutores, los contactos entre clínicos y científicos básicos se han reforzado, lo que ha permitido aumentar la colaboración interdisciplinaria.

En contraste, parece que algunos estudiantes tienen dificultad en conjuntar los elementos necesarios para sintetizar algunos conceptos o resolver ciertos problemas clínicos. Por otra parte, aunque las prioridades comunitarias están mejor integradas en el nuevo programa, la exposición de los estudiantes a la realidad de la práctica médica fuera del hospital universitario es todavía demasiado limitada (Guimón, 2000).

En lo que concierne a los profesores, se observó una carga de trabajo excesiva, particularmente entre los psiquiatras que trabajan en los diversos servicios y que no se ocupan normalmente de actividades académicas.

Finalmente, como lo subrayaba un informe interno de la Facultad (Prof. Bader), la integración de los aspectos psicológicos y psico-sociales en los módulos impartidos a través de la discusión de «viñetas» clínicas en el curriculum del segundo y tercer año ha sido menos exitosa que la lograda por otras especialidades que conjuntaban ciencias básicas y clínicas. Incluso cuando los problemas contenían aspectos relativos a cuestiones psicológicas, los estudiantes y los tutores tendían a poner el énfasis en las Ciencias médicas básicas y en los aspectos clínicos antes que en las cuestiones psicológicas o psico-sociales. La explicación de esto reside, probablemente, en el hecho de que la elección de la viñetas para el período pre-clínico se realizó en una discusión de grupo con el resto del cuerpo de tutores de los otros Departamentos y no pudimos mantener adecuadamente nuestros objetivos educativos. En realidad, los representantes de las otras ramas médicas insistieron en que nos responsabilizáramos de las bases biológicas de la conducta en vez de incluir los aspectos psicológicos de la enfermedad, los cuales habían sido el componente principal de nuestras actividades formativas anteriores. El resultado fue que profesores muy bien formados, más orientados hacia la transmisión del conocimiento de la interacción médico-enfermo y de la expresión física del conflicto emocional, desistieron de formar parte de esta enseñanza y fueron substituidos por profesores bien formados en Neurociencias psiquiátricas pero que no poseían la competencia necesaria para asegurar la otra serie de objetivos.

En el período clínico, los estudiantes se mostraron muy satisfechos con la exposición clínica que tuvieron a los principales síndromes psiquiátricos. Sin embargo, nos dimos cuenta de que, de hecho, les habíamos expuesto a síndromes que raramente verían en su práctica médica general. Los trastornos depresivos o de ansiedad de intensidad

moderada y otros trastornos psicológicos frecuentes en la práctica médica general no eran prevalentes en la población a la que los estudiantes tenían acceso. Esta consideración se está tomando en cuenta para expandir la población con la que contactarán a poblaciones médicas más bien que psiquiátricas, con psiquiatras (los que trabajan en enlace, p. ej.) que tienen habilidades especiales en la detección y en el tratamiento de esos tipos de síndromes frecuentes y de intensidad leve.

1.3.4. ¿Quién enseña a los profesores?

Las carreras académicas tradicionales subrayaban la importancia de la investigación, pero, principalmente, la habilidad del candidato para enseñar, mediante una cuidadosa selección y alguna formación especializada en cuestiones educativas. Los profesores eran educadores profesionales y tenían la responsabilidad principal de la formación de los estudiantes. Por supuesto, es frecuente que los psiquiatras «académicos» tengan que centrarse en cuestiones administrativas, distanciándose de la enseñanza diaria y sean substituidos por profesores más jóvenes. Esto tal vez no sea una mala idea, debido al interés y el entusiasmo característicos de los jóvenes académicos (Guimón, 2000).

1.3.5. ¿Quién enseña Psiquiatría en Ginebra?

Con el aprendizaje en grupos pequeños, auto-dirigidos y orientado a los problemas clínicos, la formación de los estudiantes ha cambiado radicalmente, de forma que gran parte de la enseñanza es llevada a cabo por jóvenes médicos asistentes «no académicos» o jefes de clínica, con gran entusiasmo, pero sin habilidades particulares para la enseñanza. Mientras tanto, los enseñantes profesionales tienden hacia una menor implicación y los profesores están casi del todo alejados de las responsabilidades de enseñanza. De nuevo, esto puede no ser una mala idea, pero exige reflexionar sobre la necesidad de poner en marcha procedimientos para enseñar a los jóvenes médicos que son, de hecho, quienes dan la enseñanza diaria a los alumnos.

Un estudio reciente («proyecto Cesar», dirigido por el prof. Dayer) fue realizado en 1998 por los dos complejos hospitalarios universitarios de Ginebra y de Lausana con el fin de definir el coste directo de la investigación y de la formación en nuestras Facultades.

En una semana tipo de los médicos de los hospitales universitarios de Ginebra, la media del cuerpo médico hospitalario y académico trabaja 59 horas. Si se consideran sólo las actividades académicas (enseñanza e investigación), representan el 11.2% de la carga de trabajo de un médico. El 9% lo justifican las tareas relacionadas con la formación de postgrado.

La formación para tutores se realiza mediante talleres designados para familiarizar a los profesores con los principios y las prácticas de la enseñanza por problemas.

2. OTROS PROFESIONALES NO MÉDICOS

2.1. Psicólogos

La formación en Salud mental de los psicólogos varía en los distintos países desde aquellos en los que se exige una dilatada preparación, hasta los que no proveen ningún tipo de entrenamiento formal.

En España existen algunos programas aislados de formación más o menos completos. Por otra parte, una disposición ministerial creó un programa de preparación para los psicólogos en los centros asistenciales públicos (PIR), con un curriculum semejante al de los médicos residentes que no se ha desarrollado, lamentablemente, en la medida en que hubiera sido necesario.

El informe de misión para la reforma de Psiquiatría en Francia «De la Psychiatrie à la Santé Mental» (Piel & Roelandt, 2001), propone la eliminación de los hospitales psiquiátricos, la profundización de la sectorización, el acercamiento del tratamiento a los pacientes, la modificación de la ley y adaptar la formación de los profesionales a las evoluciones prácticas sobre el terreno.

En ese sentido señalan la necesidad de que los psiquiatras roten por los distintos servicios de Psiquiatría y no sólo por los servicios universitarios; de formarles en todas las edades evolutivas del hombre; de mejorar la formación continua; y de una formación complementaria de Salud pública y de animación de equipos.

Para los psicólogos clínicos es indispensable la organización de stages, y señalan como positiva la experiencia española de un internado en Psicología, por concurso y con ejercicio hospitalario durante dos años.

Es indispensable también una formación en Salud pública. Recomiendan que para establecer las indicaciones terapéuticas, las personas sean enviadas al psicólogo por un psiquiatra para descartar trastornos somáticos y para poder beneficiarse de reembolsos.

2.2. Enfermeros y asistentes sociales

La experiencia de la Segunda Guerra Mundial confirmó la necesidad de elaborar un plan masivo de formación de estos profesionales, debido al sufrimiento humano ocasionado por las enfermedades mentales.

En 1946, el primer Congreso norteamericano de la postguerra aprobó la Ley Nacional de Salud Mental, que estipulaba el establecimiento del National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental) para que implementara los programas autorizados por dicha Ley.

En 1870 en Estados Unidos se creó la primera escuela de enfermeras psiquiátricas de ese país, en Waverly y Massachussets, no generalizándose esta formación en EE.UU. hasta el período comprendido entre 1946-1960 (Franco, 2000). El libro de Hildegarde Peplau, *Interpersonal Relation in Nursing*, publicado en 1952, causó un profundo impacto en la dirección y el contenido de la enseñanza de enfermería psiquiátrica y Salud mental, y proporcionó un marco teórico para la práctica e investigación en este campo.

En la mayoría de los países europeos se dan varias categorías profesionales que suponen, lógicamente, una formación con diferentes grados y niveles. Para el personal enfermero de más alta calificación existen dos fórmulas, según su esquema de formación: un título polivalente y una posterior especialización en Psiquiatría, como es el caso de Bélgica, Italia y Noruega; o bien directamente un título de especialista, como es el caso de Inglaterra, Alemania y Portugal.

En Francia, hasta 1958, no existía una verdadera planificación de la enseñanza de la enfermería psiquiátrica, y cada hospital psiquiátrico formaba su personal según sus propios criterios, dándose por tanto una gran variedad de niveles. Sin embargo, ya a partir de las leyes sociales de 1936, el personal cuidador pudo desarraigarse de la tradición de tener carácter de guardián más que de terapeuta, y tuvo un mayor acceso a una competencia profesional. No obstante, hasta 1958, se puede decir que la situación del personal de los hospitales psiquiátricos era equiparable, en la mayoría de los casos, a los actuales auxiliares psiquiátricos españoles. Con los decretos de 1956 y 1958 cambió la normativa de la enfermería psiquiátrica y en 1970 se modificaron de manera notable determinados aspectos de la enseñanza (Franco, 2000).

El informe «De la Psychiatrie à la Santé Mental» (Piel & Roelandt, 2001) recomienda integrar su formación especializada en el cuerpo de la enseñanza universitaria, incluir reflexiones sobre las representaciones sociales y la relación con la Comunidad, si se

incluye una práctica de psicoterapia, realizando una formación complementaria por módulos.

Otro planteamiento de interés en relación a la formación en enfermería psiquiátrica es el de Gran Bretaña. En general, la enfermería inglesa goza de una gran capacidad de autonomía. La enseñanza de enfermería psiquiátrica en Gran Bretaña está montada sobre unas bases generales muy coherentes. El plan de estudios hace hincapié en la relación entre la Salud mental y la enfermedad mental. La base del curriculum es el estudio de las relaciones humanas.

En Cataluña se creó, potenciado por la Mancomunidad en 1930, la escuela de enfermeras especializadas. En el año 1967 se creó en España la especialización en Psiquiatría para ATS generales. El primer curso, organizado con carácter de oficialidad por parte de la Dirección General de Sanidad, se hizo en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Navarra. Posteriormente, por Decreto 3.193/1970 de 22 de octubre, se crearon las Escuelas de Especialización de Madrid, Barcelona, Sevilla y Valladolid (1978), que desaparecieron por decreto en 1986, sin que desde entonces exista posibilidad de especialización en enfermería psiquiátrica.

Para los asistentes sociales hay que acentuar su formación porque de sus innovaciones en la práctica dependerá en gran parte la evolución de la Salud mental. Deben tener más movilidad en el trabajo en red y poder asumir las funciones de gestores de casos. Si realizan psicoterapias sería en condiciones parecidas a la de los psicólogos.

Los ergoterapeutas y especialistas de psicomotilidad deben mejorar su formación en Salud mental.

Los profesionales que vienen de otras formaciones en Ciencias Humanas podrían llegar a introducirse en la psicoterapia a través de un programa serio y bien supervisado.

El personal de administración y de dirección se podrían también beneficiar de stages y de formaciones específicas. Las secretarías médicas deben tener una formación adecuada en Salud mental.

Las familias de acogida son personas que aceptan vivir con sus semejantes que tienen trastornos mentales. Es una alternativa importante a la hospitalización, utilizando sus hogares como albergue y debería dárseles una formación adaptada, un status adecuado y valorizarles.

Para todos los profesionales de la Salud debería existir un tronco común sanitario y social con formaciones complementarias en Salud mental, con competencias para reconocer la labor de «operadores en Salud mental» ingenieros de red etc., en personas que ya muestran esas capacidades. Cada cinco años debería haber stages de uno a tres meses.

Los artistas manifiestan desde siempre una especial calidad de acogida de escucha y de integración en la vida social, por lo que se les debe hacer copartícipes como actores sociales retribuidos (Piel y Roelandt, 2001).

2.2.1. Función docente e investigadora de los no médicos

Los profesionales no médicos deben realizar funciones docentes en Educación sanitaria, encaminada a la persona, la familia, el núcleo social y la Comunidad y al propio equipo, capacitando a todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia (Piel & Roelandt, 2001). La formación continuada es igualmente necesaria, ya que favorece el aumento de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, seminarios, conferencias, etc., que contribuyen a elevar la calidad asistencial.

Los profesionales no médicos deben también participar en la investigación. Los enfermeros deben investigar sobre la asistencia cotidiana a los pacientes que entraña múltiples detalles que es preciso conocer mejor con objeto de perfeccionar la técnica de

la enfermería y de transmitir con más facilidad a los alumnos los conocimientos (Piel & Roelandt, 2001) así adquiridos.

Sociólogos y asistentes sociales pueden también realizar interesantes investigaciones. Pero son los psicólogos los mejor preparados para emprender trabajos de investigación en las instituciones de Salud mental, por iniciativa propia o colaborando con los psiquiatras. En efecto, como ya hemos dicho, su formación les capacita muy especialmente para las cuestiones metodológicas implicadas en la investigación.

2.2.2. Relación con las familias

Todos los miembros del equipo terapéutico tienen una función importante en relación con las familias de los enfermos. Sin embargo, son especialmente los asistentes sociales y los enfermeros quienes tienen un contacto más constante, en especial en los casos crónicos psiquiátricos, en los que es esencial facilitar la utilización de los recursos rehabilitadores para evitar los fenómenos de «puerta giratoria». Es indispensable que los profesionales establezcan una relación con esos pacientes y sus familias, que incluya actividades de educación sobre su patología y sobre los recursos comunitarios existentes.

3. TÉCNICAS DE ENSEÑANZA

3.1. El modelaje

Se han descrito distintos modelos en la Educación médica, particularmente en lo que concierne a la enseñanza de la práctica de la entrevista médica (Santiestevan, 1975). Algunos sugieren que entrevistar es un arte complejo y que por ello no puede ser eficazmente enseñado. Otros argumentan que el número de circunstancias varían y que los módulos diversos de respuestas de los pacientes hacen de la entrevista un asunto excesivamente amplio para ser comentado en un tiempo limitado. El proceso de la entrevista se centra principalmente en las interacciones verbales entre el paciente y el entrevistador. Sin embargo, conviene darse cuenta de que hay acciones, sutiles a veces, que pueden ayudar o impedir la entrevista. Es necesario, pues, desarrollar estrategias y materiales de enseñanza que puedan detectar adecuadamente las interacciones entre el médico y el enfermo. Entre ellas se han descrito (Bandura, 1971) el «Psychological Modeling» u «Observational Learning». El «modelado», como es sabido, se refiere a la tendencia de una persona a imitar la conducta de otra persona de alto status o de un miembro de un grupo semejante a él. Los efectos del modelaje han sido investigados extensamente en la enseñanza médica (Taylor & Berwen, 1974). Los modelos más comunes son los modelos vivos. Se puede suponer que los profesores son individuos con alto estatus que los estudiantes intentarían imitar. Por ello, es esencial que los profesores muestren las conductas consideradas necesarias en el repertorio de la conducta de los estudiantes.

Los videotapes y los audiotapes son también canales apropiados para el proceso del modelado. Estos vehículos de enseñanza pueden además ser utilizados con amplios grupos o con estudiantes aislados y repetirse cuantas veces se quiera, sea parcial o totalmente.

La producción de modelos con actores que realicen el papel de enfermos y de médicos se ha extendido menos de lo que era de esperar.

La eficacia de los modelos puede aumentar a través del proceso de feedback. Mientras grupos de estudiantes observan el modelo, los profesores pueden subrayar lo bueno y lo malo de una técnica en particular. Si un individuo sólo observa el modelo, es posible darle feedback mediante una cinta audio con comentarios del profesor.

Después de observar los modelos, los estudiantes pueden mostrar las habilidades de entrevistar mediante «role-playing» o por la realización real de una entrevista. En cualquiera de los casos un videotape o un audiotape debe ser efectuado de tal manera que tanto el profesor como el estudiante tengan medios de evaluar la conducta del estudiante.

3.2. La supervisión

Nunca se insistirá lo suficiente en la necesidad de la supervisión como parte esencial del proceso de formación, en especial las que incluyen a pacientes con trastornos mentales. La supervisión puede ser realizada por otros profesionales más experimentados de la propia institución, pero, en general se aconseja el utilizar profesionales ajenos a la institución en que trabaja el profesional para asegurar la confidencialidad que permite al supervisado expresar con confianza sus dificultades.

La supervisión en Salud mental es frecuentemente inadecuada. El Servicio Nacional de Salud británico en sus prácticas de «clinical governance» favorece la práctica basada en la evidencia en las auditorías, el manejo del riesgo y en los mecanismos de evaluación de los resultados. Desafortunadamente a menudo se convierte en una forma de someter a los empleados a vigilancia, regulación y evaluación de los resultados en un deseo de reducir los costos más que para mejorar la atención al paciente.

1 Reiser diría que «en buena parte, el psiquiatra ha llegado a ser uno de los vehículos para transmitir aspectos humanísticos en el cuidado del paciente en los hospitales generales y es responsable de enseñar sus principios y sus prácticas a los estudiantes de Medicina». Romano comentaba que «una de las mayores contribuciones que la Psiquiatría ha aportado a la educación del médico moderno ha sido informarle de ciertos aspectos fundamentales de los aspectos sociales de la Biología del ser humano. La Psiquiatría ha sido el agente principal que ha informado al estudiante de los aspectos básicos emocionales y cognitivos de la interacción humana. De su estudio y del trabajo con pacientes, el estudiante aprende la significación de los efectos de los sucesos psicosociales que ocurren en las vidas de los pacientes y de sus familias».

2 La encuesta incluyó a sesenta y seis psiquiatras y residentes en Psiquiatría y a médicos no psiquiatras y comparaba los datos con los de psiquiatras norteamericanos.

3 Se llegó al consenso de que, al finalizar el período de licenciatura, el médico debería ser capaz de los siguientes grandes objetivos: Actuar en el campo médico aplicando los conocimientos y actitudes necesarias para: identificar los aspectos psicológicos inherentes a la práctica médica en general y a la suya en particular; detectar los aspectos psíquicos que intervienen en la patología de sus pacientes; distinguir los síndromes psiquiátricos detectando cuáles puede tratar y cuáles debe referir al psiquiatra; adoptar actitudes que favorezcan una adecuada relación médico-enfermo; y una perspectiva del enfermo en su circunstancia; integrarse en el dispositivo asistencial participando en las tareas de Salud mental en las diversas instituciones sanitarias y en la Comunidad, con especial referencia a la educación sanitaria; evaluar sus actuaciones en el campo psicológico-psiquiátrico y fomentar su perfeccionamiento.

Capítulo 11

Enseñanza de la Psicoterapia

Como bien dice Boucherat-Hue (Boucherat-Hue, 2001b) «las instituciones asistenciales (...) deben definir de manera colectiva los tipos de atención que son capaces de ofrecer.

Deben asegurarse de que los psicoterapeutas que trabajan en ellas respondan a sus necesidades. En resumen, el diálogo individual se inscribe dentro de una estructura la cual es también una coacción».

1. LOS CONFINES DE LA PSICOTERAPIA

Sin embargo, distintos autores difieren a la hora de proponer una definición de la psicoterapia. Así algunos (Storr, 1990) la describen como la actividad destinada a «aliviar las dificultades personales a través de la palabra y de una relación personal profesional» mientras que otros (Holmes, 2001) proponen una definición más precisa como «una forma de tratamiento basada en el uso sistemático de una relación entre el terapeuta y el paciente (...) para producir cambios en el pensamiento, en los sentimientos y en la conducta». El «aconsejamiento», por su parte, ha sido definido como «una actividad voluntariamente querida por la persona que busca la ayuda y que ofrece la oportunidad de identificar cosas para el cliente (...) con un contrato específico y claro y con fronteras de relación identificadas. La actividad ella misma está diseñada para ayudar en la autoexploración y el conocimiento propio. El proceso debe ayudar a identificar pensamientos, emociones y comportamientos que una vez accesibles pueden ofrecer al cliente un sentimiento mayor de los recursos personales y del cambio autodeterminado».

Muchos profesionales de la Salud mental especialmente enfermeras psiquiátricas comunitarias y asistentes sociales reciben ahora entrenamiento en aconsejamiento y psicoterapia cuyos límites no están muy claros (Freeth, 2001).

Con frecuencia se considera al aconsejamiento como inferior a la Psicoterapia, aunque las diferencias se basan más que nada en la terminología: los psicoterapeutas hablan más de paciente y de tratamiento y los consejeros de «clientes» menos trastornados en general, y a quienes ven por menos tiempo. El concepto de Psicología humanista subraya la singularidad de los seres humanos y su capacidad intrínseca de cambiar y crecer y ha sido definida por la Sociedad Americana de Psicología Humanística (1965) como una preocupación por «la dignidad del ser humano y un interés en el desarrollo del potencial inherente en cada persona»¹.

En el contexto del aconsejamiento se han incluido tendencias diversas como «aconsejamiento de resolución de problemas», «terapia cognitivo comportamental» o «terapia relacional emotiva comportamental», que corresponden a esas mismas variedades de las psicoterapias.

2. LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DINÁMICA

La psicoterapia dinámica permite un enfoque genérico adecuado, un modelo conceptual coherente para todos los demás tratamientos (farmacológicos, cognitivo-comportamentales, sistémicos, etc.) que se prescriben porque los conceptos de inconsciente, de transferencia, de mecanismo de defensa, etc., son centrales para cualquier terapia, bien sea en la Psiquiatría hospitalaria o en las consultas ambulatorias.

2.1. Experiencias internacionales

En los Estados Unidos, la integración del Psicoanálisis y de otras ciencias de la conducta en la formación de los residentes en Psiquiatría supuso el desarrollo de una verdadera Psiquiatría dinámica cuyas definiciones se han mencionado anteriormente. Después de un período de crisis, la Psiquiatría dinámica ha ganado terreno en la formación de los psiquiatras en los países occidentales. En Alemania, una ley exige hoy

en día que todas las facultades de Medicina enseñen la psicoterapia y la medicina psicosomática, y esto ha llevado a la creación de varias cátedras nuevas y programas de formación independientes. En Francia, las reformas posteriores a 1968 han aumentado el número de psicoanalistas en la universidad. En Grecia, desde la estabilización del régimen, se presta mayor atención a la Psicología de las profundidades. En Suiza, en Suecia y en Holanda los psicoanalistas forman parte de la escena universitaria desde hace muchos años. En los países del Este, el interés por la psiquiatría dinámica renace después de años de letargo.

Pese a todo, la formación en psicoterapia dinámica no es frecuentemente introducida de manera formal en los programas destinados a los residentes, en parte por motivos económicos y últimamente también por prejuicios ideológicos: Los residentes deben entonces formarse por su cuenta en instituciones privadas, algunas asociadas a Institutos psicoanalíticos de prestigio variado, otras dependientes de las Asociaciones de profesionales (principalmente psiquiatras o psicólogos) y más rara vez dependiendo de Universidades.

2.2. Una experiencia en el País Vasco

La «Fundación Vasca para la Investigación de la Salud Mental / Osasun Mentalaren Ikeketarako Ezarkundea», O.M.I.E., se constituyó notarialmente en 1979, como fundación cultural privada de no lucro², teniendo entre sus objetivos la formación de los profesionales de la Salud mental. En la actualidad más de sesenta profesionales de la Salud mental actúan como profesores independientes dentro de los programas de formación. La Fundación ha mantenido convenios de colaboración con distintos organismos docentes (Universidad de Deusto, Universidad del País Vasco, Université de Genève, New York University) y asistenciales (Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Departamento de Educación del Gobierno Vasco, Hospital de Basurto, Unidad de Psiquiatría AMSA, Consorcio de Salud Mental de Uribe Costa, Asociación C.I.T.R.A.N., Diputaciones Forales de Álava, Guipúzcoa y Bizkaia, etc.).

Desde 1979, la Fundación viene organizando cursos de formación para trabajadores en el campo de la Salud mental que, en el año 1982, cristalizaron en dos programas complementarios de formación: la Residencia en Salud Mental para Postgraduados y el Programa de Formación en Técnicas Grupales, avalados por la Universidad del País Vasco hasta 1988. En 1989 estos programas pasaron a formar parte de los programas de postgrado de la Universidad de Deusto y, a partir de 1991, se adaptaron estos cursos para formar parte de los títulos de Master en Salud Mental y Técnicas Psicoterapéuticas³ y los cursos de Experto en Trabajo Grupal⁴ y Master en Psicoterapia Analítica Grupal⁵.

En el año 2001 se ha iniciado un programa de especialización en gestión clínica en Salud mental⁶.

De entre esos programas merece un interés especial el de formación en trabajo grupal.

3. FORMACIÓN INTERDISCIPLINAR EN TRABAJO GRUPAL

3.1. Hacia la constitución de comunidades didácticas

Con el fin de establecer un «milieu terapéutico» con orientación de «comunidad terapéutica», en las unidades de cuidados en las que hemos trabajado (Bilbao, Barcelona y Ginebra), desarrollamos durante los últimos veinticinco años un programa en «bloques» para la enseñanza interdisciplinaria (psiquiatras, enfermeros y psicosociales). Nuestro objetivo era ofrecer una experiencia de participación personal no sólo a un grupo, sino también a una «comunidad didáctica» que permita vivir ciertas experiencias

propias a las comunidades terapéuticas. Los cursos se desarrollan a lo largo de uno, dos o tres años mediante seminarios.

En el plano clínico y en el plano personal, el paralelismo entre el medio didáctico creado entre los estudiantes que han seguido el curso y el «medio terapéutico» que se desarrolla en las unidades de hospitalización breve gestionadas como lo hemos descrito anteriormente, es indudable.

Esta similitud podría, en parte, provenir del hecho de que el personal terapéutico y didáctico formaba parte del mismo equipo en las dos experiencias: además, se desarrollaron de manera sincrónica.

Es frecuente la objeción de los psicólogos y psiquiatras en contra de compartir alguna de sus funciones psicoterapéuticas con los auxiliares o enfermeros a los que no consideran preparados adecuadamente para esas funciones. Por su parte, los no profesionales se resisten en ocasiones a participar en programas teóricos o de supervisión, especialmente si son dirigidos por los profesionales del equipo. El grupo T es especialmente útil cuando es dirigido por un líder ajeno al programa. Una forma particular de trabajo es la tutoría por la que cada profesional tiene un tutor. Los no profesionales pueden ser cotutores o incluso tutores si son supervisados.

En el proceso de constitución del equipo comunitario o en el del intento de modificación de un equipo que funciona según un esquema clásico al de un nuevo modelo de funcionamiento, es necesario modificar las posiciones y actitudes antiterapéuticas aprendidas a través de roles previos y, por otra parte, desrigidificar la noción que sobre el rol respectivo se tiene.

Una labor fundamental es la de unificar las actitudes en la comprensión del enfermo psiquiátrico, lo que le permitirá al trabajador asumir nuevos roles y formar relaciones más significativas en el marco del tratamiento. Para ello es aconsejable que los miembros del equipo interactúen con los pacientes incluyéndoles en algunas actividades del equipo y potenciando actividades sociales dentro del centro o en viajes y excursiones patrocinadas por el programa. Se desaconsejan, en cambio, las relaciones fuera del centro. La modificación de los roles profesionales tradicionales para disminuir la rigidificación suele encontrar resistencias, especialmente entre los profesionales más entrenados que prefieren trabajar en un encuadre donde su autoridad sea reconocida y alabada.

Para facilitar la formación de los profesionales que trabajaban en esos centros, pusimos a través de la Fundación OMIE, programas de formación en técnicas grupales. Se desarrollaron, desde 1975, en Bilbao, bajo la forma de grupos semanales de profesionales (liderados por el Prof Ylla) y luego bajo el formato de bloques secuenciales en Bilbao (desde 1982), Barcelona (1986) y Ginebra (1994) con la colaboración de diversos profesionales y en especial del Dr. Ayerra. Paralelamente, en la Universidad de Deusto, se siguió realizando una formación con grupos semanales (liderados por los psicólogos Emilio Sierra y Trojaola).

En los programa de formación en bloques secuenciales, ha sido muy interesante observar, en los pequeños grupos, el desarrollo de fenómenos grupales que han perdurado a lo largo de la experiencia, a pesar de su aspecto discontinuo. En realidad, los seminarios, en conjunto, se han revelado comparables al Curso semanal de grupos. Creemos, por lo tanto, que esta modalidad es una alternativa válida para los candidatos que se hallan en la imposibilidad de asistir a esta formación.

3.2. Los grupos secuenciales

3.2.1. «To block or not to block»

A medida que se desarrolló en Europa la enseñanza del análisis grupal (Reik, 1993), los organismos de formación se dirigieron al Institute of Group Analysis de Londres para

pedir conductores para esta experiencia. Como el conductor no podía, por supuesto, desplazarse cada semana, había que considerar otros formatos. Se hacía necesario efectuar cambios drásticos en las estructuras temporales del grupo: las sesiones semanales fueron sustituidas por sesiones en bloque, en general cuatro al día durante cuatro o cinco días, repetidas a intervalos de hasta seis meses.

Después de más de veinte años de experiencia, la opinión compartida por los conductores de estos grupos, es que este formato es muy eficaz. Las observaciones de los analistas de grupo son similares. Los grupos en bloques presentan más cohesión, un proceso grupal más vivo y una capacidad mayor de los miembros del grupo de ponerse en contacto y de expresar emociones intensas. Además, se produce una transferencia más rápida (debido al «insular effect») y los conflictos pre-edípicos son reactivados más fácilmente.

La experiencia más sorprendente en este modelo es la facilidad con la cual los grandes intervalos han sido tolerados por los miembros del grupo. Esa facilidad parece deberse al hecho de que los miembros del grupo eran personas en formación y no enfermos. La mayoría de los profesionales habían seguido ya algún tipo de terapia, habían sido previamente seleccionados y estaban altamente motivados. Algunos estaban simultáneamente en terapia individual y en la experiencia grupal durante el período en que duró ésta.

Un gran número de experiencias en bloques han sido realizadas en el Institute of Group Analysis de Londres y diversos cursos de entrenamiento en bloques se organizaron en Europa con su colaboración: Heidelberg, Zurich, Milan, Copenhagen, Bilbao, etc. Varias publicaciones han tratado sobre las diferentes experiencias hechas (Balmer, 1993) como el Diploma Course de Zurich, con participantes que tienen una formación psicoanalítica. Behr (Behr, 1990) ha estudiado los efectos de la modificación del encuadre; Hearst L. (Hearst, 1990) la transferencia, la contratransferencia y las proyecciones; Knauss y Ruchnitzki (Knauss, 1990) han evaluado la formación en bloques en Heidelberg; Marrone (Marrone, 1993) ha hablado de su experiencia en Milán; Reik (Reik, 1989) ha expuesto sus reflexiones sobre el Manchester Diploma Course y sus experiencias en el tratamiento de pacientes en bloques. Igualmente en Francia, Kaës (Kaës, 1985) y Villier (Villier, 1995) han discutido sobre el tiempo grupal en las experiencias de seminarios: Messenard y Gutierrez (Messenard, 1995) han descrito sus experiencias con grupos de breve duración; Muller (Muller, 1995) ha hablado de su experiencia del tiempo en una institución y Gillieron (Gillieron, 1995) de la experiencia del tiempo en las terapias de familia.

Surgieron fuertes discusiones en el Institute of Group Analysis, que empujaron a Malcom Pines a dar el título «to block or not to block, that is the question» a una conferencia que dio en Wetzikon (Pines, 1976).

3.3. Opiniones sobre la formación en bloques

Este tipo de formato engendra cierta estimulación psíquica y una mayor idealización del conductor. También se ha señalado que los cambios de roles, propios a estas experiencias, facilitan el «ego training in action», lo que a su vez favorece un efecto terapéutico más intenso.

A la crítica hecha por ciertos autores de que este formato no asegura una contención suficiente, los autores favorables a las experiencias secuenciales contestan que cada grupo en un seminario secuencial es contenido en un bloque y el bloque en un curso; que las instituciones que organizan los programas tienen una larga historia y que las fronteras están representadas por los organizadores, lo que facilita una identificación simbólica. En efecto, al margen del valor simbólico de la institución, el hecho es que en

este tipo de experiencia los conductores del grupo por lo general han trabajado juntos durante mucho tiempo, lo que genera una sensación de apoyo y de seguridad que permiten una regresión temporal. Por otra parte se subraya que la duración de las experiencias no es tan corta ya que se produce un fenómeno de perlaboración (Kaës).

Se han subrayado con todo ciertos peligros potenciales para el enfermo en el formato en bloque. En efecto, la regla de abstinencia no puede ser cumplida; puede haber incidentes de fronteras; la regresión es discutible y la transferencia negativa resulta difícil de expresar con motivo de la ausencia prolongada del analista que hay que conservar indemne. Se han propuesto ciertas precauciones para evitar estos peligros: ver a los nuevos miembros anteriormente durante algunas semanas; facilitar el desarrollo de un concepto de «grupo como una totalidad» y proponer, en ciertos casos, una terapia individual o grupal simultánea.

Otras opiniones desfavorables subrayan dificultades tales como la tendencia excesiva a la idealización y a la dependencia, favorecida en ese contexto, (Tsegos, 1993) o la ausencia de parámetros necesarios a la existencia de un proceso analítico (Y. Gutierrez). Tsegos (Tsegos, 1993) piensa que un grupo experiencial, al igual que todo grupo cerrado, es un grupo «sin pasado ni futuro» y que su valor para la formación está limitado debido al hecho de que los pacientes que se encuentran en el grupo lentamente abierto no están ahí presentes. La formación en bloques, señala, comporta problemas de idealización, de dependencia y de poder.

André Messenard y Yvonne Gutierrez (Messenard, 1995) se preguntan, por su parte, si el trabajo analítico puede desarrollarse durante períodos de cuatro días. Señalan que, aunque la duración sea corta, la institución en la que colaboran (la C.E.F.F.R.A.P.) tiene una larga historia al igual que los conductores de los grupos. Señalan igualmente que la referencia a la institución proporciona a cada uno el apoyo de una identificación simbólica y una seguridad correlativa que permite un movimiento de regresión temporal y tópica. Los autores señalan también que la duración no es tan corta ya que se produce una perlaboración (Kaës). La regresión está igualmente permitida en razón de la solidez del marco en el interior del cual tiene lugar. Yvonne Gutiérrez se pregunta si tal vez la ausencia de términos preestablecidos no es una condición necesaria para que se inicie un proceso analítico verdadero. Piensa que el hecho de que no haya límite de tiempo fijado con antelación, facilita, tanto para el analista como para el analizado, esta inmersión en la atemporalidad del inconsciente que implica el proceso analítico.

1 El aconsejamiento centrado en la persona (PCA), al revés que el modelo médico, pone la autoridad en la persona del cliente más que en un experto externo.

2 Los objetivos de la Fundación O.M.I.E. son los siguientes: investigar los factores que concurren en la Salud mental de la población; contribuir a la formación de las personas directa o indirectamente relacionadas con el campo de la Psiquiatría; colaborar desinteresadamente en la prestación de Asistencia psiquiátrica; sensibilizar a la población acerca de la problemática de la Salud mental; organizar y colaborar en congresos y reuniones científicas; editar publicaciones relacionadas con los anteriores temas.

3 Master en Salud mental y técnicas psicoterapéuticas, con una duración de dos años lectivos realizado en Bilbao con un número de treinta y seis alumnos.

El programa pretende, sin suplantar los programas de especialización de los diversos profesionales, facilitar su preparación en técnicas terapéuticas específicas, necesarias en el abordaje comunitario de la Asistencia psiquiátrica. Para poder acceder a este programa se requiere ser licenciado universitario en Medicina o Psicología. La duración

es de dos años. El número de plazas se limita a veinte en primer curso y veinte en el segundo.

El programa teórico incluye dos cursos de Psiquiatría, Psicoanálisis, Factores comunes e integración en psicoterapia y de experiencia dinámica en grupos. Uno de Psicofarmacología, psicoterapia infanto-juvenil, Comunicación, percepción y asertividad en terapia, Drogodependencias, terapias conductuales y cognitivas, psicoterapia breve, terapia de familia, terapias alternativas, psicoterapia centrada en la persona, Medicina psicosomática.

El programa práctico incluye sesiones clínicas dirigidas por los profesores del programa en áreas de psicoterapia analítica, cognitivo-conductual, sistémica y de Psiquiatría Clínica y la realización de una labor asistencial durante un mínimo de seis meses de veinticinco horas semanales en servicios de Salud mental.

4 Experto en Trabajo Grupal, con una duración de dos años, realizado en Bilbao, Barcelona y Ginebra (Suiza), respectivamente y con un número de alumnos variable. Los objetivos son: descubrir el potencial de las dinámicas grupales analíticamente orientadas, a través de una experiencia personal de grupo; profundizar en la fundamentación teórica de los planteamientos grupales; conocer las técnicas de trabajo grupal y sus posibilidades de aplicación en diferentes situaciones grupales y marcos de acción comunitaria. El Título de Experto se realiza en dos cursos académicos con un total de treinta créditos.

5 Master en Psicoterapia Analítica Grupal, con una duración de tres años (incluyendo los dos cursos de Experto) realizado en Bilbao, Barcelona y Ginebra (Suiza), con un número de alumnos variable.

6 En el programa de especialización en Gestión clínica en Salud Mental, los objetivos del programa son: conocer los aspectos teóricos y las distintas experiencias de aplicación de la gestión clínica en Salud mental; aprender los métodos y herramientas que han demostrado su efectividad en esta disciplina, con énfasis en la metodología de las acreditaciones de calidad; desarrollar un trabajo práctico o proyecto de gestión clínica que resulte de utilidad al profesional en su ámbito.

Está dirigido a profesionales con responsabilidad en el campo de la Salud mental. La duración del programa es de seis meses y consiste en cien horas de teoría y cincuenta de prácticas. Las cien horas de clases teóricas se agrupan en cinco bloques de veinte horas cada uno.

Capítulo 12

La modificación de los prejuicios de los profesionales

Un cambio de actitud hacia la enfermedad mental es una parte esencial del proceso educacional de los profesionales. En los últimos años, muchos autores han intentado modificar las actitudes negativas de los profesionales en el campo de la Salud mental y en particular, las actitudes hacia los psicofármacos.

En las campañas para modificar las actitudes negativas hacia los pacientes mentales y hacia los tratamientos psiquiátricos son prioritarias las acciones que se puedan realizar sobre los profesionales de la Salud, porque son uno de los recursos sociales fundamentales de estas personas, dada su reducida red social (Bhugra, 1989). Además del efecto directo del contacto con los pacientes juegan un papel fundamental en la conformación de las actitudes del resto de la población¹. Pero ¿qué tipo de acciones es eficaz en la modificación de las actitudes de estos profesionales?. La respuesta a esa

interrogante no es unívoca si nos atenemos a las experiencias bien diseñadas que se han realizado al respecto.

1. TRABAJADORES DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRIMARIA

1.1. Programas

En un proyecto patrocinado por la OMS, se apreciaron mejorías en la actitud hacia la enfermedad mental de determinados trabajadores de la Asistencia sanitaria primaria que fueron formados mediante conferencias y experiencias de acercamiento a los pacientes en algunos países en vías de desarrollo.

Otros estudios, en cambio, no encontraron diferencias en las actitudes al final, por ejemplo, de un programa de formación entre un grupo de enfermeras psiquiátricas que tenía obviamente experiencia de primera mano con estos enfermos y un grupo de enfermeras de campos diferentes de la Medicina (Eker & Arkar, 1991), ni entre estudiantes de enfermería que se hallaban al principio o al final de sus estudios sobre Salud mental (Malla & Shaw, 1987). La instrucción y la exposición directa a los pacientes psiquiátricos no influyeron en esos casos en la mayoría de las actitudes evaluadas. Del mismo modo (Eker & Oner, 1999), los profesionales con experiencia psiquiátrica no presentaban mejores actitudes que los estudiantes de Psicología que no habían tenido contacto con pacientes. Tampoco entre estudiantes de Medicina se observaron cambios en las actitudes tras un programa de formación psiquiátrica de tres semanas de duración (Arkar & Eker, 1994) ni después de siete meses de grupos de sensibilización semanales. (Ylla & González Pinto, 1999)².

¿Cómo explicar esta ausencia de mejoría de los prejuicios en las experiencias mencionadas?. Algunos autores proponen que en ciertos lugares, los profesionales tienen ya niveles óptimos de actitudes hacia los enfermos mentales, con lo que no se puede esperar una mejoría significativa a través de campañas. Se ha señalado, en ese sentido, que, de hecho, muchos profesionales de la Salud mental eligen su carrera porque tienen ya previamente, actitudes favorables hacia ese campo (Arkar & Eker, 1994).

Por otra parte, otros autores (Hillert et al., 1999) señalan que, pese a los esfuerzos de los profesionales a través de su ejemplo o de campañas para mejorar las actitudes, existen fuerzas mucho más poderosas como los medios de comunicación (TV, radio, prensa del corazón, etc.) que influyen en sentido contrario.

Finalmente, algunos estudios encontraron resultados diferentes según los contenidos de los distintos programas de modificación de actitudes. Hemos mencionado anteriormente que (Rabkin, 1974), entre trabajadores de la asistencia sanitaria³, fue el contacto con los pacientes más que el programa educacional suplementario el ingrediente crítico en el cambio de actitud. Sin embargo, un estudio más sofisticado comparó (Jaffe, Maoz, & Avram, 1979) las actitudes de estudiantes de enfermería que recibieron sólo un curso de información teórica con otros que tuvieron una experiencia práctica en hospitales psiquiátricos. Se vio que tan sólo en quienes tuvieron la experiencia práctica en un hospital «progresista» se produjo una mejoría de actitudes. En cambio, en quienes acudieron a un hospital psiquiátrico «tradicional», no se observó una mejoría de las actitudes hacia la enfermedad mental.

La conclusión de esos trabajos es que, lamentablemente, no se puede modificar en un día las representaciones sociales acerca de la enfermedad mental (Eker & Oner, 1999). Hay que intentar formar a lo largo del tiempo nuevas imágenes y teorías a través de los medios de comunicación para que se pueda obtener un cambio profundo. Además, las distintas representaciones sociales difieren de una a otra por razones culturales y por lo tanto su modificación tiene distintos grados de dificultad.

En realidad, para disminuir los prejuicios de la población tal vez la única manera sea (Warner, 1999) intentar disminuir la alienación de los pacientes, mejorando su autoestima, creando alternativas a la hospitalización y actividades laborales que dignifiquen su existencia.

1.2. El contacto con los pacientes

Rabkin (Rabkin, 1974) llegó a la conclusión de que los cambios en las actitudes que se producen después de cursos de Psicología en muestras de estudiantes, estaban más relacionados con variables del profesor o del estudiante que con el material del curso.

Otros estudios son más optimistas acerca, por ejemplo, del efecto específico del contacto con los hospitales psiquiátricos o con los pacientes en contribuir a actitudes más tolerantes a la vez en el público en general y en los profesionales. Así, en investigaciones realizadas con estudiantes de enfermería, auxiliares sanitarios hospitalarios y otros grupos ocupacionales, el factor más significativo resultó ser el contacto con el hospital psiquiátrico y con los pacientes para desarrollar actitudes más tolerantes y comprensivas. Roman y Floyd (Roman & Floyd, 1981) encontraron también que la aceptación social de los pacientes estaba positivamente relacionada con la exposición a sistemas asistenciales psiquiátricos que crea en la población un mayor optimismo acerca de la eficacia del tratamiento. Bhugra (Bhugra, 1989) llegó a la conclusión de que los efectos de la educación en las actitudes hacia la enfermedad mental en su programa fueron debidos tanto al aumento del contacto con los pacientes como a un programa educacional suplementario.

Eker y Rabkin en un estudio con una muestra de estudiantes universitarios y una muestra de profesionales llegó a la conclusión de que las similitudes en las opiniones entre las muestras eran más sorprendentes que las diferencias. Eker y Arkar (Eker & Arkar, 1991) hallaron, entre enfermeras experimentadas cada una de las cuales trabajaba en diferentes campos de la Medicina, que los años totales de experiencia práctica y los diferentes campos de Medicina en los que trabajaron no predijeron sus actitudes hacia la enfermedad mental. Malla y Shaw (Malla & Shaw, 1987), en su estudio comparando los estudiantes de enfermería que se hallaban al principio de su formación con aquellos que habían acabado la teoría y la formación práctica, encontraron que no había casi diferencias en sus actitudes. La instrucción y la exposición directa a los pacientes psiquiátricos no influyeron en la mayoría de las actitudes evaluadas. Finalmente, Arkar y Eker (Arkar & Eker, 1994) intentaron estudiar la influencia de un programa de formación psiquiátrica de tres semanas de duración para estudiantes de Medicina. La comparación de un grupo de formación psiquiátrica que tenía experiencia práctica y trabajo académico con un grupo de control en formación en Oftalmología no reveló diferencias entre los grupos en las actitudes hacia la enfermedad mental al final de los períodos de formación⁴.

Los estudios en el público en general y en los profesionales⁵ muestran también hallazgos discrepantes. Algunos apoyan la hipótesis del contacto y otros no. Resulta difícil dar una explicación a estas inconsecuencias en el nivel actual de conocimientos. Existen diversas variables que contribuyen a los diferentes resultados. Un factor muy evidente es la definición de lo que se entiende por «exposición» y «contacto» porque cada estudio utiliza una definición operacional diferente. Así, se han utilizado cuestionarios acerca de los contactos personales que el entrevistado, un miembro de su propia familia, o un amigo ha tenido con pacientes que padecen una enfermedad mental; o acerca de si trabajó en un servicio de Salud mental como profesional o como voluntario, o si había recibido algún tipo de programa de formación que incluyeran distintos tipos de cursos teóricos y prácticos. Además, algunos estudios compararon los

profesionales de Salud mental que tuvieron varios tipos de experiencias con el público o con estudiantes. Tales diferencias en la operacionalización de la exposición a la enfermedad mental pueden ser uno de los factores significativos que contribuyen a que los datos que se publican sean tan discrepantes.

Los estudios en esta área deberían utilizar diseños experimentales mejor controlados que identifiquen y definan sus variables y condiciones de forma más clara. Se han realizado al menos dos estudios de ese tipo. El ya mencionado de Jaffe y al. (Jaffe et al., 1979) y el de Desforges (Desforges et al., 1991), que demostró la influencia beneficiosa de una relación prolongada y en condiciones de igualdad con un antiguo enfermo mental bajo condiciones claramente definidas.

Se requiere más investigación en este sentido. No se puede esperar que un tipo de enfoque global que no se centra en las características detalladas de la exposición a la enfermedad mental y que da por sentado que el estar simplemente expuesto a una persona enferma mental bajo cualquier tipo de condición, mejore las actitudes de forma automática. El tipo de contacto (p. ej. formal contra informal); las características de los pacientes (p. ej. cronicidad, gravedad); el tipo de entorno hospitalario (p. ej. estereotipado contra progresista); la duración del contacto; el contenido del curso suplementario, y otros factores potencialmente significativos deberían ser definidos y controlados en los estudios.

Un factor que limita la eficacia de las intervenciones destinadas a modificar las actitudes negativas es la carga real que los pacientes suponen para la Comunidad, en particular para los miembros de la familia del enfermo mental. Varios autores han señalado el estrés que puede derivarse de cuidar a los enfermos mentales. Como se mencionó anteriormente, incluso los profesionales pueden preferir no trabajar con cierto tipo de pacientes y los casos graves pueden ser difíciles de manejar incluso en las mejores condiciones hospitalarias.

Por otra parte, algunos sectores de la población o algunos profesionales pueden tener ya antes de la intervención niveles óptimos de actitudes hacia los enfermos mentales. Esto puede limitar la cantidad de cambio esperable tras la campaña. Además varios estudios (Malla & Shaw, 1987; Arkar & Eker, 1992; Eker & Arkar, 1991) han sugerido que los que eligen las profesiones sanitarias tienen ya niveles de actitudes óptimos y que esto limita la posibilidad de obtener modificaciones adicionales.

2. MODIFICACIONES A TRAVÉS DE PSICOTERAPIA

Los grupos de formación y de sensibilización son experiencias que permiten evaluar con relativa facilidad los cambios sintomáticos y de actitud que se pudieran producir en los participantes. En efecto, algunas investigaciones han mostrado ciertas modificaciones en síntomas, rasgos de personalidad, niveles de satisfacción personal y ajuste social en pacientes o en «personas normales» (frecuentemente estudiantes que participaron en experiencias grupales).

Uno de los estudios más completos es el de Ylla y González-Pinto (Ylla & González Pinto, 1999) que observaron un aumento más substancial en autoritarismo en los grupos de control que en los grupos experienciales, en otro estudio llevado a cabo con estudiantes de Medicina en Bilbao, en el que cuarenta y ocho estudiantes de segundo curso de Medicina fueron asignados al azar a cuatro grupos: dos de ellos eran grupos teóricos educacionales centrados en combatir los prejuicios a partir del estudio de casos psiquiátricos; otros dos eran grupos de sensibilización al proceso psicodinámico basados en la técnica de Foulkes. Las sesiones para los grupos teórico y experiencial eran similares en frecuencia y duración (sesenta minutos semanales durante siete

meses). Contra lo esperado, los estudiantes de Medicina aumentaron su puntuación en la dimensión de «autoritarismo» del cuestionario OMI. Sin embargo, esa dimensión no cambió significativamente en los grupos experienciales expuestos a la sensibilización dinámica. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Angoustinus y al., que mostraron un incremento en autoritarismo en estudiantes de Medicina después de un programa de formación en Psiquiatría de seis semanas y con los aportados por nosotros (Guimón et al., 1988) en un estudio llevado a cabo en profesionales en el campo de la Salud mental después de un programa de sensibilización grupal. Podría hipotetizarse que los «métodos pedagógicos clásicos» dan una información acerca de problemas reales antes desconocidos por los estudiantes que produce una actitud más autoritaria hacia ellos. Las experiencias de sensibilización grupales podrían impedir este incremento de autoritarismo ya que facilita la comprensión más benevolente de las dificultades propias y por ende de las de los demás.

2.1. Intervenciones sobre profesionales

Los estudios en grupos de profesionales han dado lugar de forma similar a hallazgos inconsecuentes. En un proyecto de la OMS a amplia escala, los trabajadores de la asistencia sanitaria primaria en algunos países en vías de desarrollo fueron formados mediante conferencias y experiencias supervisadas, y se apreciaron cambios de actitud hacia la enfermedad mental en el personal sanitario y en la Comunidad. Por otra parte, Eker halló que, a pesar de algunas diferencias significativas, los clínicos con experiencia eran en general similares a los estudiantes de Psicología en sus «respuestas diferenciales semánticas».

Persiste la cuestión de si las actitudes hacia, y las representaciones de la enfermedad mental y de los pacientes han cambiado o si, por el contrario, somos testigos de una persistencia de los estereotipos negativos.

Eker y Oner abogan por el recurso a los métodos experimentales, en especial para cambiar las actitudes hacia los enfermos mentales. Wolf y al. describen los resultados de dicho estudio experimental. Señalan que «los resultados del estudio de seguimiento sugieren que, si bien la intervención de la educación del público puede tener, en el mejor de los casos, tan sólo un efecto moderado sobre el conocimiento, se le asocia con una mejoría en las actitudes globales y en la conducta hacia los enfermos mentales. Sin embargo, la campaña de educación en sí no llevó directamente a actitudes menos temerosas, mientras que sí lo hizo el contacto con los pacientes. Resulta, por lo tanto, probable que la campaña ejerciera su efecto sobre actitudes globales de forma indirecta, fomentando el contacto con los pacientes». Ylla y González-Pinto no observaron prácticamente ningún cambio de actitudes hacia los pacientes mentales entre los estudiantes de Medicina. No se observó diferencia significativa entre los dos tipos de intervención: formativa teórica y experiencial.

Puede que una de las principales razones de la ausencia de modificación en las actitudes resida en el hecho de que los estereotipos y las actitudes negativas son asimiladas en una fase temprana de la socialización. Forman parte de la propia base de nuestra Cultura. Así, en efecto, no es simplemente una cuestión de prejuicio aislado. En el estudio de Fisher y al., se muestra que nos enfrentamos a sistemas de creencias que no sólo abarcan a los pacientes psiquiátricos y a la enfermedad, sino también a la terapia psiquiátrica. Warner considera la situación desde el mismo ángulo. Después de analizar los aspectos fundamentales de la alienación (la ausencia de sentido, la impotencia, la ausencia de normas y la enajenación de la Sociedad y del trabajo), muestra cómo se pueden enfrentar estos problemas para disminuir sus efectos: humanizar las formas de relación con los pacientes; alternativas a la hospitalización; actividad para promover

sentimientos de valía y de auto-estima; programas organizados por los consumidores, etc.

Un estudio recientemente publicado por Angermeyer y Matschinger mostraba que el rechazo de los enfermos mentales –por lo menos por parte del público alemán– había permanecido casi sin cambios durante más de veinte años, a pesar de las amplias reformas del sistema psiquiátrico. Estudios de intervención con muestras pequeñas y no representativas mostraron la posibilidad de superar el prejuicio común entre el público en general. Sigue abierta la pregunta respecto de si esto está vinculado a un desarrollo similar en la conducta social. Pero, a pesar de algunas actividades en este campo, desde los estudios de Cumming y Cumming (Cumming & Cumming, 1957), Star (Star, 1956) y Phillips no se pueden detectar perspectivas realmente nuevas y prometedoras.

Utilizando escalas de «actitud» y viñetas introducidas por Star en 1953 para mostrar las sintomatologías típicas de los enfermos mentales, más o menos todas las encuestas confirman la hipótesis de una distancia social fundamental. La constancia de los resultados es de alguna manera sorprendente en vista de los cambios fundamentales en la Psiquiatría desde 1953: tratamiento psicofarmacológico, una nueva comprensión de los procesos genéticos y neurofisiológicos implicados en las enfermedades mentales y una reforma de los sistemas de asistencia sanitaria.

Los estudios en grupos de profesionales han dado lugar de forma similar a hallazgos inconsecuentes.

La conclusión de los trabajos que hemos comentado es que, hay que intentar formar a lo largo del tiempo nuevas imágenes y teorías a través de los medios de comunicación para que se pueda obtener un cambio profundo. En realidad, para disminuir los prejuicios de la población tal vez la única manera sea (Warner, 1999) intentar disminuir la alienación de los pacientes, mejorando su autoestima, creando alternativas a la hospitalización y actividades laborales que dignifiquen su existencia.

1 Bhugra (Bhugra, 1989) señala que es esencial modificar las actitudes de los profesionales porque tienen una importancia capital en la disminución de los prejuicios a través de las campañas de educación en Salud mental y de su influencia sobre los estudiantes y los políticos.

2 Ylla y González-Pinto estudiaron utilizando una versión del protocolo OMI (Opiniones hacia la Enfermedad Mental) de Cohen y Struening y adaptado por Ylla (Ylla, 1981) los cambios de ciertas actitudes hacia la Psiquiatría producidos en estudiantes de Medicina y en profesionales de la Salud mental tras haber participado en grupos de sensibilización.

3 Un cambio de actitud hacia la enfermedad mental es una parte esencial del proceso educacional, no sólo del futuro de los psiquiatras sino también del de los médicos generalistas, especialmente desde que juegan un rol importante para los pacientes con patología mental.

4 En nuestro entorno, se llevó a cabo por García Ruiz y al. un nuevo estudio en un Hospital General con el propósito de valorar la actitud del personal médico hacia el servicio de Psiquiatría del Hospital, hacia la enfermedad mental, y hacia la Psiquiatría en general. En contraste con los hallazgos obtenidos en años anteriores, se encontró que las actitudes hacia la Psiquiatría y la enfermedad mental eran en general más positivas y al mismo tiempo más críticas. Los autores de este trabajo postularon que el cambio anteriormente mencionado podría estar relacionado con una mejor integración de la Psiquiatría en la práctica clínica, y sugirieron que la forma de cambiar estereotipos es a través del feed back, es decir aportando al sistema los resultados obtenidos de su funcionamiento.

5 Varios estudios llevados a cabo en Hospitales Generales por Ayuso, Ayuso y Calvé y Díez Manrique muestran igualmente que existe un amplio rechazo de la enfermedad mental en las profesiones médicas.

Bibliografía

Alanen, Y. O., Lethinen, V., Aaltonen, J., & Rakkolainen, V. (2000). The Finnish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. In B. Martindale & A. Bateman & M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness* (pp. 235-266). London: Gaskell.

Amat, E., Carbonel, C., Cervera, S., Conde, V., Daufi, L., Fuster, P., Gallego, A., Giner, J., Guimón, J., Leal, C., López-Ibor, J. J., Obiols, J., Romeu, J., Ruiz de Ogara, J., Santo Domingo, J., Seva, A., & Soler, M. (1984). The educational objectives of medical psychology and psychiatry in pregraduate and postgraduate medical curriculum. In J. J. López-Ibor & G. Lenz (Eds.), *Training and education in psychiatry*. Wien: Facultas-Verlag.

Arkar, H., & Eker, D. (1992). Influence of having a hospitalized mentally ill member in the family on attitudes toward mental patients in Turkey. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 27, 151-155.

Arkar, H., & Eker, D. (1994). Effect of psychiatric labels on attitudes toward mental illness in a Turkish sample. *The International Journal of Social Psychiatry*, 40(3), 205-213.

Armor, D. J., & Klerman, G. L. (1968). Psychiatric treatment orientations and professional ideology. *Journal Of Health And Social Behavior*, 9(3), 243-255.

Azcunaga, D., Sacanell, E., & Guimón, G. (1986). Perfil sociolaboral y actividades clínicas de los psiquiatras españoles: implicaciones para la formación de los residentes en Psiquiatría. *Psiquis*, 242(86), 21-32.

Balmer, R. (1993). Therapeutic Factors in Group Analysis: Meeting Them in the Block Training Setting. *Group Analysis*, 26, 132-145.

Bandura, A. (1971). *Psychological Modeling: Conflicting Theories*. Chicago: Aldine, Aeherton.

Behr, H. (1990). Block Training: The influence of the Modified Setting on the Group-Analytic Process. *Group Analysis*, 23(4), 347-352.

Beitman, B. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1989). The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview. *American Journal Of Psychiatry*, 146(2), 138-147.

Beitman, B. D., & Maxim, P. (1984). A survey of Psychiatric Practice: Implications for Psychiatric - Training. *Journal of Psychiatric Education*, 8, 149-153.

Beitman, B. D., & Maxim, P. (1984). A survey of psychiatric practice: implications for psychiatric training. *The Journal of Psychiatric Education*, 8, 149-153.

Bergeret, J., Defayolle, M., & Saliba, C. (1987). Enquête sur la pratique psychanalytique. *Revue Française de Psychanalyse*, 51(4), 1245-1268.

Beutler, L. (2000). David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet. *Am Psychol*, 55(9), 997-1007.

Bhugra, D. (1989). Attitudes towards mental illness. A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80, 1-12.

Bion, W., & Rickman, J... (1943). Intra-group tensions in therapy. *Lancet*, 678-681.

Bion, W. R. (1962). *Learning From Experience*. New York: Basic Books.

- Bleger, J. (2000). Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. In R. Kaës (Ed.), *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques* (2 ed., pp. 48-62). Paris: Dunod.
- Bodkin, J. A., Klitzman, R. L., & Pope, H. G. (1995). Treatment orientation and associated characteristics of north american academic psychiatrists. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(12), 729-735.
- Bolton, W., & Roberts, V. Z. (1994). Asking for help.
- Boucherat-Hue, V. (2001a). Introduction. In Boucherat-Hue (Ed.), *Les psychothérapies psychanalytiques en institution* (pp. 5-18). Paris: Dunod.
- Boucherat-Hue, V. (2001b). La psychothérapie psychanalytique des nevroses a-t-elle sa place à l'Hôpital? In V. Boucherat-Hue (Ed.), *Les psychothérapies psychanalytiques en institution* (pp. 206-235). Paris: Dunod.
- Bowden, C. L., & Barton, D. (1975). Goals of medical students Psychiatric education. *J. of medical education*, 50, 257-263.
- Bowlby, J. (1979). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Brauer, L. D., & Brauer, S. (1993). Basic report about members who are graduates of Institutes. Survey of psychoanalytic practice. New York: American Psychoanalytic Association.
- Breslow, E. (2001). Emergency Psychiatric Services. In G. Thornicroft & G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 265-277). New York: Oxford University Press.
- Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2001). What is science-based psychotherapy? On the discussion of guidelines for psychotherapy research. *Nervenarzt*, 72(1), 20-30.
- Burns, T. (2001). Balancing the service elements. In G. Thornicroft & G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry*. (pp. 223-231). New York: Oxford University Press.
- Castelnuovo, G. (1967). How much Psychiatry are medical students really learning. *Archives General Psychiatry*, 16, 668-675.
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica* (5 ed.). Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (2001). La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós.
- Correale, A. (1996). L'hypertrophie de la mémoire en tant que forme de pathologie institutionnelle. In R. Kaës (Ed.), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (pp. 105-120). Paris: Dunod.
- Cumming, E., & Cumming, J. (1957). *Closed Ranks: An experiment in Mental Health*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Cypres, B. K. (1978). Office Visits to Psychiatrists National Ambulatory Medical Care Survey. United States 1975-76 (National Survey). Washington: Department of Health, Education and Welfare, 38 National Center for Health Statistics.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001) Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*, 52, 685-716.
- De Sausure, C. (1996). Opinions des étudiants de la Faculté de Médecine de Genève sur les contenus psychologiques et psychiatriques dans la formation prégraduée. Geneva, Geneva.
- Desforges, D. M., Lord, C. G., Ramsey, S. L., Mason, J. A., Van Leeuwen, M. D., West, S. C., & Lepper, M. R. (1991). Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes towards stigmatized social groups. *J Pers Social Psychology*, 60, 531-544.
- DeWitt, P. M. (1992). The psyche market. *American Demographics* (September), 62-65.

- Donovan, S. J., & Roose, S. P. (1995). Medication use during psychoanalysis: A survey. *J Clin Psychiatry*, 56(5), 177-178.
- Dorwart, R. A., Chartock, L. R., Dial, T., & et, a. (1992). A National Study of Psychiatrists' Professional Activities. *American Journal Of Psychiatry*, 149, 1499-1505.
- Duffy, T. M. (1994). Decades of intrusion. *Psychiatric Times* (July), 5.
- Durante, P., & Noya, B. (Eds.). (1998). *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Barcelona: Masson.
- Eker, D., & Arkar, H. (1991). Experienced Turkish nurses' attitudes towards mental illness and the predictor variables of their attitudes. *The International Journal of Social Psychiatry*, 37(3), 214-222.
- Eker, D., & Oner, B. (1999). Attitudes toward Mental Illness among the General Public and Professionals, Social Representations and Change. In J. Guimón & W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness* (pp. 1-13). Basel: Karger.
- Enriquez, E. (2000). Le travail de la mort dans les institutions. In R. Kaës (Ed.), *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques* (2 ed., pp. 61-95). Paris: Dunod.
- Erickson, G. D. (1984). A framework and themes for social network intervention. *Fam Process*, 23(2), 187-204.
- Erikson, E. H. (1960). The problem of Ego identity. In M. Stein & A. H. Vidich & D. M. White (Eds.), *Identity and anxiety*. New York: The Free Press.
- Fink, P. J. (1993). Psychiatrist's roles in managed care programs. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (723-724).
- Fink, P. J. (1996). Are psychiatrists replaceable? In A. Lazarus (Ed.), *Controversies in Managed Mental Health Care* (pp. 3-16). Washington: American Psychiatric Press.
- Fornari, F. (2000). Pour une psychanalyse des institutions. In R. Kaës (Ed.), *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques* (2 ed., pp. 95-130). Paris: Dunod.
- Foulkes, S. H. (1965). *Therapeutic Group Analysis*. New York: International Universities Press.
- Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1957). *Group psychotherapy. The psychoanalytic approach*. Londres: Penguin Books.
- Franco, J. (2000). *Memoria*. Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Freeth, R. (2001). Challenges of counselling in psychiatric settings. In K. Etherington (Ed.), *Counselling in Health settings* (pp. 209-245). London: Jessica Kingsley Pub.
- Geezy, B., & Sultenfuss, J. F. (1994). Contributions of psychologists to inpatient care of persons with chronic mental illness. *Hosp Community Psychiatry*, 45, 54-57.
- Gerin, P., & Vignat, J. P. (1984). *L'identité du psychothérapeute*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gillieron, E. (1995). Temps de groupe - Temps de la famille. *Psychothérapies*, 1, 47-54.
- Goerg, D., De Saussure, C., & Guimón, J. (1999). Objectives for the undergraduate teaching of psychiatry: survey of doctors and students. *Med Educ*, 33(9), 639-647.
- Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E., & Guimón, J. (1996). Opinions des médecins sur les contenus psychologiques et psychiatriques dans la formation médicale pré-graduée. *Medecine et Hygiene*, 54, 1768-1772.
- Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E., & Guimón, J. (1999). Public attitudes towards deviant situation in daily life: Interventions proposed. In J. Guimón & W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment* (pp. 38-55). Basel: Karger Medical and Scientific Publishers.
- Goldberg, D., Mann, A., & Tylee, A. (2001). Primary care. In G. Thornicroft & SzmuklerG. (Eds.), *Textbook of Community Psychichiatry* (pp. 409-416). New York: Oxford University Press.

- González de Rivera, J. (2002). *El maltrato psicológico*. Madrid: Espasa Calpe.
- Goodrich, W. (1972). Changes in child psychiatry training required by developmental-adaptative theory. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 154, 213-220.
- Gostin, L., & Mann, J. M. (1994). Towards the development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health policies. *Health and Human Rights*, 1(1), 59-81.
- Gracia, D. (1996). El poder médico. In P. Ridruejo & A. Medina & J. L. Rubio (Eds.), *Psicología Médica* (pp. 601-616). Madrid: Mc Graw Hill Interamericana.
- Greden, J. F., & Casariego, J. I. (1975). Controversies in psychiatric education: a survey of residents' attitudes. *American Journal of Psychiatry*, 132(3), 270-274.
- Greenblatt, M., Becerra, R. M., & Serafetinides, E. A. (1982). Social networks and mental health: on overview. *Am J Psychiatry*, 139(8), 977-984.
- Greenley, J. (1981). Trends in urban American psychiatric practice in Chicago in 1962 and 1973. *Social Psychiatry*, 16, 123-128.
- Guimón, J. (1998). *Thérapie groupale dynamique intensive et brève*. *Psychothérapies*, 18(1), 15-21.
- Guimón, J. (1999). Une réévaluation des indications des groupes analytiques. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 959-971.
- Guimón, J. (2001). *Introduction à la Psychothérapie de Groupe*. Paris: Mason.
- Guimón, J., Ayerra, J. M., & al., e. (1985). La formación en Psicoterapia de grupo en Bilbao: descripción de una experiencia de 11 años. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40(4), 811-820.
- Guimón, J., Luna, D., Totorika, K., Díez, L., & Puertas, P. (1983). Group Psychotherapy as a basic therapeutic resource in psychiatric community care from the General Hospital. In J. J. L. Ibor & J. M. L. Ibor (Eds.), *General Hospital Psychiatry*. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Guimón, J. (1989). The biases of psychiatric diagnosis. In J. Guimón & G. E. Berrios & J. E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric Diagnosis* (Vol. 155, pp. 33-38): *British Journal of Psychiatry*.
- Guimón, J. (1990). *Psiquiatras: De brujos a burócratas*. Barcelona: Salvat Editores.
- Guimón, J. (Ed.). (1997). *The body in psychotherapy*. Basel: Karger A. G.
- Guimón, J. (1996). *Los lugares del cuerpo*. Madrid, Buenos Aires: Paidós.
- Guimón, J. (1998). *La profession de psychiatre. Evolution et devenir*. Paris: Masson.
- Guimón, J. (2000). New Forms of Psychiatric Education: The Geneva Experience. *European Journal of Psychiatry*, 14(1), 52-60.
- Guimón, J. (2001). *Intervenciones en Psiquiatría comunitaria* (Vol. 3). Madrid: Core Academic.
- Guimón, J. (2001a). *Salud Mental Relacional. Concepto, Etiología y Diagnóstico* (Vol. 1). Madrid: Core Academic.
- Guimón, J. (2001b). Training General Practitioners in the Psychoanalytical Aspects of Mental Health. In J. Guimón & S. Zac de Filc (Eds.), *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century* (pp. 101-111). New York: Kluwer Academic.
- Guimón, J. (2002). *Los prejuicios contra la Psiquiatría* (Vol. 5). Madrid: Core Academic.
- Guimón, J., Fischer, W., Goerg, D., & Zbinden, E. (1996). Orientations théoriques des psychiatres suisses. *Annales Medico-Psychologiques*, 155(3), 184-201.
- Guimón, J., Fischer, W., Zbinden, E., & Goerg, D. (1997a). Consequences of recent changes in research and practice for the identity of psychiatrist. *European Psychiatry*, 12(supp. 2), 92s-98s.

- Guimón, J., Fischer, W., Zbinden, E., & Goerg, D. (1997b). Therapeutic practice profiles, work settings and activities of Swiss psychiatrists. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*.
- Guimón, J., Goerg, D., Fischer, W., & Zbinden, E. (1997). Pratique de la psychanalyse parmi les psychiatres suisses. *Médecine & Hygiène*, 2177, 1743-1746.
- Guimón, J., Goerg, D., Fischer, W., & Zbinden, E. (1998). Psychiatres-psychanalystes: homogénéité ou diversité des références théoriques et des pratiques thérapeutiques. *L'Evolution Psychiatrique*, 63(4), 715-724.
- Guimón, J., González-Pinto, A., Sanz, C., & González-Ceinos, M. (1988). Efectos terapeuticos en un programa de sensibilizacion grupal. *Psiquis*, 1, 11-28.
- Guimón, J., Mezzich, J. E., & Berrios, G. E. (Eds.). (1989). *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, S. A.
- Guimón, J., Totorica, K., Villasana, A., & Ozamiz, A. (1980). Estudio comparativo de las opiniones sobre los contenidos psicologicos y psiquiátricos que se deben incluir en el «curriculum» de la licenciatura en medicina. *Actas Luso-Españolas de Neurologia, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 8(3), 179-190.
- Guimón, J., Villasana, A., Totorica, J. L., & Rojas Marcos, L. (1978). Actitudes de los residentes ante algunos aspectos de los programas de formacion en Psiquiatría. *Actas Luso Españolas de Neurologia Psiquiátrica*, 6, 425-435.
- Guimón, J., & Zac de Filc, S. (Eds.). (2001). *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. New York: Kluwer Academic.
- Hall, P., Brockington, I. F., Levings, J., & Murphy, C. (1993). A comparison of responses to the mentally ill in two communities. *British Journal of Psychiatry*, 162, 99-108.
- Hausman, W., & Garrard, J. (1982). Educational priorities of psychiatric teachers: A comparison of educators with differing theoretical orientations. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 7, 204-208.
- Hawkins, D. R. (1984). Comparison between American and European systems of training. In J. J. López Ibor Aliño & G. Lanz (Eds.), *Training and education in Psychiatry* (pp. 327-337). Viena: Facultas.
- Hearst, L. (1989). Discussion on paper by Herta Reik. *Group Analysis*, 22, 330-343.
- Hearst, L. (1990). Transference, Countertransference and Projective Processes in Training Course Block Sessions. *Group Analysis*, 23(4), 341-346.
- Heim, E. (1992). Integration oder Polarisierung der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 63, 143-148.
- Hermann, P. (1984). *Classification et épidémiologie* (Vol. 24). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hillert, A., Sandmann, J., Ehmig, S., Wisbecker, H., Kepplinger, H. M., & Benkert, O. (1999). The General Public's Cognitive and Emotional Perception of Mental Illnesses: An Alternative to Attitudes Research. In J. Guimón & W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness*. Basel: Karger.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., & Greenwald, D. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1513.
- Holmes, J. (2001). Psychotherapies. In G. Thornicroft & G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 369-380). New York: Oxford University Press.
- Hull, J. T. (1981). The nonpsychiatric physician's training in psychiatry. *The Journal of Psychiatric Education*, 5(4), 316-328.

- Jaffe, Y., Maoz, B., & Avram, L. (1979). Mental Hospital experience, classroom instruction and change in conceptions and attitudes towards mental illness. *Br J Med Psychol*, 52, 253-258.
- Johannessen, J. O., Larsen, T. K., McGlashan, T., & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multi-centre study in Scandinavia. In B. Martindale & A. Bateman & M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness* (pp. 210-234). London: Gaskell.
- Joseph, E. D., & Widlöcher, D. (Eds.). (1979). *L'identité du psychanalyste*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kaës, R. (1996). Souffrance et Psychopathologie des liens intuités. In R. Kaës (Ed.), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (pp. 2-20). Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2000a). Préface à la nouvelle édition. In R. Kaës (Ed.), *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*. (2 ed.). Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2000b). Réalité psychique et souffrance dans les institutions. In R. Kaës (Ed.), *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques* (2 ed., pp. 1-47). Paris: Dunod.
- Kaës, R. (Ed.). (2000c). *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques*. Paris: Dunod.
- Kane, F. J., & Harper, R. G. (1992). Psychotherapy: Past training and current practice. *General Hospital Psychiatry*, 14, 131-134.
- Kaplan, S. R. (1983). Phases of development in psychiatric institutions. In J. A. Talbott & S. R. Kaplan (Eds.), *Psychiatric Administration*. New York: Grune & Stratton.
- Kernberg, O. (1978). Leadership and organizational functioning: organizational regression. *International Journal of Group psychotherapy*, 28, 3-25.
- Kernberg, O. (1979). Regression in organizational leadership. *Psychiatry*, 42, 24-39.
- Knauss, W., & Ruchnitzki, G. (1990). Block Training in Heidelberg: Historical and Contemporary influences. *Group Analysis*, 23(4), 367-375.
- Langsley, D. G., & Hollender, M. H. (1982). The definition of a psychiatrist. *American Journal of Psychiatry*, 139(1), 81-85.
- Langsley, D. G., & Yager, J. (1988). The definition of a psychiatrists: eight years later. *American Journal of Psychiatry*, 145(4), 469-475.
- Lazarus, A. (1994). Opportunities for psychiatrists in managed care organizations. *Hosp Community Psychiatry*, 45, 1206-1210.
- Lazarus, A., & et, a. (1996). *Controversies in Managed Mental Health Care*. Washington DC: Lazarus, A. (Editor). American Psychiatric Press Inc. (Publisher).
- Lazarus, A. A. (1984). Multimodal therapy. In C. R. J. (Ed.), *Current psychotherapies* (3 ed.). Itasca Ill: FE Peacock.
- Malla, A., & Shaw, T. (1987). Attitudes towards mental illness: The influence of education and experience. *The International Journal of Social Psychiatry*, 33(1), 33-41.
- Marcos, L. R., & Gil, R. M. (1989). The diagnosis of public mental health care bureaucracies. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl.), 96-101.
- Marcos, L. R., & Silver, R. A. (1988). Psychiatrist-Executive Management Styles: Nature or Nurture? *American Journal of Psychiatry*, 145, 103-107.
- Marmor, J., Scheidemandel, P., & Kano, C. (1975). *Psychiatrists and their patients*. Washington: Joint Information Service.
- Marrone, M. (1993). Analytic Group Therapy in Block Sessions: An experience in Milan. *Group Analysis*, 26, 147-155.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: University of California: Consulting Psychology Press.
- McGorry, P. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: a core clinical and research challenge. In B. Martindale & A. Bateman & M. Crowe & F. Margison (Eds.),

- Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness (pp. 266-293). London: Gaskell.
- Messenard, A., & Gutierrez, Y. (1995). Deux psychanalystes en groupe de brève durée. *Psychothérapies* (1).
- Mosher, L. R., & Keith, J. (1980). Psychosocial treatment, individual, group, family and community support approaches. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 10-41.
- Muller, J. (1995). Une expérience du temps et un temps d'expérience: à propos d'une intervention en Institution. *Psychothérapies*, 1, 55-60.
- Olfson, M., Pincus, H. A., & Dial, T. H. (1994). Professional practice patterns of U. S. psychiatrists. *Am J Psychiatry*, 151(1), 89-95.
- Panzetta, A. F. (1996). Is public behavioral health care manageable? In A. Lazarus (Ed.), *Controversies in Managed Mental Health Care* (pp. 69-80). Washington: American Psychiatric Press.
- Penzer, W. N. (1989). Clinician turned administrators: drawing upon clinical experience for managerial expertise. *Administration and Policy in Mental Health*, 17, 105-109.
- Petit, F., & Dubois, M. (1998). *Introduction à la Psychosociologie des organisations* (3 ed.). Paris: Ed. Dunod.
- Piel, E., & Roelandt, L. (2001). De la Psychiatrie à la santé mental. Informe al Ministerio de Sanidad sobre la situación de la Salud Mental en Francia. Paris: Unpublished report.
- Pinel, J. P. (1996). La déliaison pathologique des liens institutionnels dans les institutions de soins et de rééducation. In R. Kaës (Ed.), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (pp. 49-80). Paris: Dunod.
- Pines, M. (1976). *The evolution of group analysis: Malcolm Pines*.
- Post, R. M. (1990). *Research Advances in Psychiatry: an Update for a Clinician*. Paper presented at the APA, New-York.
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care. A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 552-557.
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*(10), 9-33.
- Reik, H. (1989). A Changed Time Structure: The Effect on the Analytic Group. *Group Analysis*, 22, 325-332.
- Reik, H. (1993). The creative Capacity of Boundaries Within the Block Training Experience. *Group Analysis*, 26, 157-161.
- Reiser, M. S. (1963). Psychiatry in the Undergraduate Medical Curriculum. *American Journal Psychiatry*, 130, 565-567.
- Roberts, G. (1992). The origins of delusion. *British Journal of Psychiatry*, 161, 298-308.
- Roberts, V. Z. (1994). The self-assigned impossible task. In A. Obholzer & V. Z. Roberts (Eds.), *The unconscious at work* (pp. 110-121). New York: Routledge.
- Rogow, A. (1970). *The psychiatrists*. New York: Putnam's Sons.
- Roman, P. M., & Floyd, H. H. (1981). Social Acceptance of Psychiatric Illness and Psychiatric Treatment. *Social Psychiatry*, 16, 21-29.
- Romano, J. (1961). Teaching of psychiatry to medical students. *The Lancet*, 93-95.
- Romano, J. (1973). The Teaching of Psychiatry to medical students. *American Journal of Psychiatry*, 130(559-562).
- Rosenfeld, H. A. (1976). *Etats psychotiques*. Paris: Presses Universitaires Françaises.
- Sacanell, E., & Guimón, J. (1986). Opiniones de los directores de las unidades docentes de Psiquiatría sobre los programas de formación de residentes. *Psiquis*, 7, 13-20.

- Salzberg, R. (1990). Konzept Evaluation der Weiter-und Fortbildung. *Bulletin des médecins suisses*, 71(32), 1298-1308.
- Salzberger-Wittenberg, I., Henry, G., & Osborne, E. (1983). *The emotional experience of learning and teaching*. New York: Routledge & Kegan Paul.
- Santa Eufemia, J. A. (2001). *Señas de identidad psicoanalítica*. Bilbao: Vellocoino.
- Santiestevan, J. (1975). The use of Psychological Models in Medical Education. *J. of Medical Education*, 636-637.
- Schene, A. H. (2001). Partial hospitalisation. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 283-293). New York: Oxford University Press.
- Schkolnick, J. (1985). Career sustaining behaviors, burnout and job satisfaction in mental health workers. *Dissertation Abstract International*, 45(11-B).
- Sjödin, C. (1994). Psychoanalysis, socio-medical security systems and the healing tradition. *International Forum of Psychoanalysis*, 3, 5-16.
- Snibbe, A. J. (1975). The selection for a Psychiatric Curriculum for Medical Students: Results of a Survey. *American Journal of Psychiatry*, 132(5), 513-516.
- Star, S. A. (1956). *Psychiatry, the Press and the Public*. Chicago: National Opinion Research Center - University of Chicago.
- Sullivan, H. S. (1927). The onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 105, 135-139.
- Taylor, S., & Berwen, R. (1974). An Evaluation for teaching, interviewing in Multiple Settings. *J. Medical Education*, 49, 609-612.
- Tizón, J. L. (1990). *Atención Primaria y Psicoanálisis*. Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer, Imprimeix.
- Tizón, J. L. (1992). *Atención primaria en Salud Mental*. Barcelona: Doyma.
- Vidal, J. P. (2000). Le familialisme dans l'approche analytique de 'institution. In R. Kaës (Ed.), *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques* (2 ed., pp. 178-201). Paris: Dunod.
- Walton, H. J. (1968). Aims of Teachers of Psychiatry in 5 medical schools. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1117-1123.
- Warner, R. (1999). Combating the Alienation Experienced by People with Mental Illness. In J. Guimón & W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The Image of Madness* (pp. 118-129). Basel: Karger.
- Weiss, M. F. (1994). Children's attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up. *Psychol Rep*, 74(1), 51-56.
- WHO. (2001a). *Atlas. Resources humaines consacrées à la santé mentale dans le monde*. Genève: OMS.
- WHO. (2001b). *Mental Health Report*. Geneva: WHO.
- Widlöcher, D. (2001). Préface. In V. Boucherat-Hue (Ed.), *Les psychothérapies psychanalytiques en institution* (pp. 1-4). Paris: Dunod.
- Willmuth, L. E., & Spinner, N. (1978). Changing therapeutic ideologies: first year Psychiatric Residents. *Psychiatric Education*, 2, 178-184.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. Londres: Tavistock.
- Yager, J. (1974). A survival guide for psychiatric residents. *Archives of General Psychiatry*, 30, 494-499.
- Yager, J., Kay, J., & Winstead, D. K. (1991). Developing and monitoring the curriculum. In J. Kay (Ed.), *Handbook of Psychiatry Residency Training* (pp. 17-39). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Yager, J., Pasnau, R. O., & Lipschulz, S. (1979). Professional characteristics of Psychiatric Residents trained at the UCLA Neuropsych. Institute, 1956-1975. *Rev J Psych.*, 3, 72-86.

Ylla, L., & González Pinto, A. (1999). Group Therapy and attitudinal changes to mental illness in medical students. In J. Guimón & W. Fischer & N. Sartorius (Eds.), *The image of madness*. Basel: Karger.

Índice analítico

Abandonos

–de los programas formativos, 120

Abusos

–antecedentes de, 95

Aconsejamiento, 149, 150

Actitud

–analítica, 69

Actitudes, 41

–hacia el tratamiento, 40

–hacia la Psiquiatría, 163

–negativas de la población, 117

Actitudes negativas

–modificar las, 159

Actividades, 47

–de los enfermos, 57

–reparadoras, 37, 93

Administración, 21, 121

–personal de, 144

Administración psiquiátrica, 127

Administradores, 50

Agresiones

–de la institución, 89

Alianzas

–inconscientes, 89

Alienación, 161, 166

Alteraciones

–psicológicas, 108

Altruísmo, 16

Alucinaciones

–retrospectivas, 86

Ambientes

–terapéuticos, 83

Ambigüedad

–toleran la, 50

Ambivalencia

–de los profesionales, 80

–los miembros del equipo, 92

–tolerancia a la, 100

Angustias

–depresivas, 92

–persecutorias, 92

Angustias psicóticas

–defensa contra las, 80

Ansiedades

- depresivas, 94
- Ansiedades paranoides
 - en las instituciones, 86
- Antipsiquiatría, 42
- Aparato
 - psíquico grupal, 85
- Apego
 - figuras de, 93
 - inseguro, 93
 - seguro, 94
 - teoría del, 36
- Apego inadecuado, 93, 95
 - irresoluto, 94
 - preocupado, 94
 - renunciador, 94
- Aprendizaje
 - basado en los problemas, 139
- Artistas, 145
- Asilo, 28
- Asilos, 53
- Asistencia primaria, 160
 - servicios de, 23, 24
- Asistentes sociales, 17, 59, 60, 102, 143
 - formación, 144
- Asociación Americana de Psicólogos, 101
- Aspiraciones
 - exceso de las, 112
- Ataques
 - contra el vínculo, 106
 - contra la creatividad, 106
 - envidiosos, 89
- Atención primaria
 - tratamientos psicoterápicos en la, 64
- Autoconocimiento, 92
- Autoestima, 104
- Autonomía, 16, 17
- Autoritarismo, 165
- Auxiliares, 99
- Avidez, 37
- Ayuda
 - profesiones de, 94

- Biologización, 46
- Bloque
 - sesiones en, 155
- Bloques
 - formación en, 156
 - para la enseñanza, 153
 - secuenciales, 154
- Bondad

–interna, 38
Burnout, 110
Burocratización, 80, 85, 119

Calidad

–controles de, 119

Cambio

–resistencia al, 80, 81

Campañas, 23, 160

Care managers, 69

Carrera

–profesional, 111

Case managers, 33

C.E.F.F.R.A.P., 157

Centros

–militares, 83

–penitenciarios, 83

Clérigos, 41

Clima

–de cada institución, 82

Clivage, 78

–control de, 80

Cochrane, 29

Códigos éticos, 17

Cognitivismo, 64

Cohesión, 155

Competencia, 121

Comunidad

–aprendizaje basado en la, 139

–psiquiatría de, 98

–seudoterapéutica, 96

Comunidades

–didácticas, 153

–terapéuticas, 15, 22, 29, 92, 153

Condicionamiento, 75

Conducta

–bases biológicas de la, 140

–desviada, 41

Conductismo, 64

Confidencialidad, 57, 66, 80, 147

Confidentes, 41

Conflictos

–en el trabajo, 82

–entre los profesionales, 88

Conformismo, 78

Consentimiento, 66

Consultor, 27, 80

Consultores, 119

Consumidores

–organizaciones de, 119

Contacto
–con los hospitales psiquiátricos, 162
–con los pacientes, 161, 166
–hipótesis del, 163
Contención, 61, 62, 63
–entrevistas de, 65
–medidas de, 95
Contener, 24
Continente, 83, 96
Continente-contenido, 82
Contraidentificaciones proyectivas, 96
Contratransferencia, 76, 95
Costes
–contener los, 15, 46, 134
–limitar los, 121
Creatividad
–acciones perversas destructoras de la, 89
–espacio de la, 97
Crímenes, 87
Crisis, 26
–centros de, 25
–intervención de, 25
Crisis intervention, 26
Cuestionario, 71, 137, 138
Cuidadores, 36
Cuidados, 74
Cuidar
–necesidad compulsiva de, 93
Culpabilidad, 106
–entre los nuevos, 87
Cumplimiento
–facilitación del, 74
Cura
–tipo, 75
Curiosidad
–científica, 104

Defensas
–maníacas, 94
–paranoides, 94
Demandas
–conscientes, 74
–inconscientes, 74
Dependencia
–hacia sus formadores, 131
Desencanto, 50
Desenlace, 86
–fenómenos de, 85
Desesperación, 112
Desilusión, 112

Detección precoz, 24
Diagnóstico, 20, 84
–de la organización, 85
–institucional, 83
Diálogo, 60
–con el otro, 74
Dignidad, 150
Dinámica
–grupala, 85
–institucional, 80, 84
Discriminación, 60
Distancia
–social, 167
Dogmatismo, 130
Dominación médica, 54
Drogodependencias, 127
Drop-outs, 107

Ecléctica, 107
–aproximación, 70
Eclecticismo, 47, 68
Eclécticos, 44
Educación
–integrada, 135
–médica continuada, 119
Educación sanitaria, 145
Empatía, 24, 62
Encuesta, 70, 119, 123, 127, 167
Enfermeras, 160
–escuela de, 143
Enfermeros, 17, 19, 20, 53, 56, 99, 102, 104, 143
–comunitarios, 60
Enseñanza, 21, 121
–de la enfermería psiquiátrica, 143
–de la Psiquiatría en Medicina, 135
–en Gran Bretaña, 144
–técnicas de, 146
Entrevista, 109
Entrevista médica, 146
Entrevistas, 94
–periódicas, 58
Entusiasmo, 37
Enuresis, 65
Envidia, 88
Envolturas grupales, 82
Epidemiología
–psiquiátrica, 83
Equipo
–dificultades propias, 97
–miembros del, 22

- suficientemente bueno, 98
- terapéuticamente amoroso, 97
- terapéutico, 90, 91
- trabajo en, 15
- Equipos
 - de Salud mental, 43, 103
 - genéricos de Salud mental, 32
 - relaciones de los, 55
- Ergoterapeutas, 144
- Erizos
 - parábola de los, 91
- Escena
 - primitiva, 87
- Escuela Kleiniana, 82
- Escuelas
 - de enfermeras psiquiátricas, 56
- España, 135
 - en la enseñanza, 135
 - predicciones para, 50
 - situación en, 45
- Especialidades
 - Comisiones Nacionales de, 126
 - Consejo nacional de, 125
- Especialista
 - pruebas para obtener el grado, 125
 - título de, 143
- Especialización, 31
- Estereotipos, 163, 166
- Estigma, 38
- Estrés, 112, 164
 - de las condiciones de trabajo, 113
 - del trabajo, 96
 - laboral, 110
- Estructuras sociales, 82
- Estudiantes
 - de Medicina, 160
- Evacuación, 87
- Exclusión
 - de profesionales, 89
- Expectativas, 35
 - en el trabajo, 104
 - hacia los profesionales, 38
 - previas, 111
- Experiencia
 - emocional correctiva, 96
- Exposición, 160, 163

- Factores terapéuticos
 - comunes, 47, 70
- Familia, 82

- alter, 96
- ideal, 96
- Familia feliz
- ideal de, 79
- Familias
- de acogida, 144
- relación con las, 145
- Familiares, 20
- Farmacoterapia, 68
- Flash
- psicoterápico, 65
- Formación, 129
- de postgraduados, 116, 117
- del psiquiatra, 115
- ecléctica, 130
- en psicoterapia dinámica, 151
- en técnicas grupales, 152
- postgraduada, 123
- programas de, 120, 163
- Frustración, 97
- Fundadores
- los primeros, 87
- Futuro
- de la profesión, 49

- Gestión, 43
- Gestión clínica, 119
- en Salud mental, 153
- Gestionada
- Psiquiatría, 15
- Ginebra
- ejemplo de, 137
- Gobierno corporal, 54
- Gratificación
- ausencia de, 49
- Gratitud, 37
- Grupo, 78
- como una totalidad, 156
- discusión de, 140
- experiencias de, 129
- experimental, 157
- terapia de, 22
- Grupos
- aprendizaje en, 141
- de sensibilización, 164
- experiencia de, 127
- psicoterapéuticos, 92
- secuenciales, 155
- sesiones en, 139
- Guías

–terapéuticas, 29

Habilidades

–interpersonales, 138

Herida

–narcisista, 63, 82

Hipnosis, 124

Holding, 63

Holding beds, 25

HMO, 33

Home-like-facilitie, 28

Honorarios, 16

Hospital, 79

–progresista, 161

–Psiquiátrico monográfico, 107

–tradicional, 161

Hospital psiquiátrico

–rol del, 28

Hospitales, 119

–psiquiátricos, 83

Hospitalización

–parcial, 28

Idealismo, 36, 104

idealización, 156, 157

Identidad, 82, 131

–acceso a la, 78

–amenazada, 89

–basada en ser una alternativa, 105

–crisis de, 47

–de los psicoanalistas, 69

–fortalecer la, 115

–pérdida de su, 108

–profesional, 109

–redefinición de nuestra, 115

–seguridad y, 88

Identificación

–con sus formadores, 117

–simbólica, 156, 157

Ideología

–igualitaria, 87

–psiquiátrica, 87

Iglesia, 53

Ilusión, 97

–capacidad de, 100

–espacio de, 98

Imagen

–profesional del psiquiatra, 116

Incentivos, 91

Inconsciente, 150

- personal, 83
- Indefensión aprendida, 111
- Infantojuvenil
 - Psiquiatría, 126
- Influencia
 - máquinas de, 102
- Inmigrantes, 48
- Inmovilización, 88
- Insatisfacción, 112
 - con el trabajo, 103
 - en el trabajo, 111
- Institución, 77, 79
 - idealizada, 89
 - patología obsesiva de la, 88
- Instituto tavitock, 81
- Integración, 47, 140
 - conceptual, 70
- Interacción, 78
- Interdependencia, 79
- Internado, 122
 - en Psicología, 142
- Interpretaciones
 - salvajes, 84
- Intervención
 - precoz, 64
- Investigación, 21, 44, 128, 141
 - proyectos de, 117

jerarquización
–del trabajo, 93

Lazos

- institucionales, 85

Leyendas, 87

Líder

- regresión del, 85

Madre, 63

- motivaciones, 35, 36
- suficientemente buena, 96

Malpractice, 66

Managed care, 46, 49

Manual

- de actividades clínicas, 65

Marcadores

- biológicos, 25

Master

- en Psicoterapia Analítica Grupal, 152
- en Salud mental, 152

Mecanismos culturales, 82

Mecanismos de defensa, 78, 81, 86, 150

–disfuncionales, 113

–instituciones como, 82

Medicina

–gestionada, 27

–tecnificación de la, 54

Médico

–de cabecera, 24

–suficientemente bueno, 61

Médico general, 32, 54

–sensibilizar al, 133

Médicos

–de asistencia primaria, 133

–de familia, 39

–generalistas, 22, 161

Medicinas

–alternativas, 32

memoria

–hipertrofia de la, 86

Método

–socioanalítico, 80, 81

Miedos

–de persecución, 93

–de retaliación, 93

Milieu

–terapéutico, 153

MIR

–labor asistencial del, 129

–sistema, 50, 126

Mito

–del paraguas, 89

Modelaje, 146

Modelo

–biológico

–educativo, 138

–médico, 45

–psicodinámico, 44, 124

–social, 124

–teórico, 71

Modelos

–internos, 36

–psiquiátricos, 69

Morfología, 86

Motivaciones

–del paciente, 74

–inconscientes, 120

–para elegir su especialización, 120

Narcisismo

–primario, 75

Necesidades

–básicas del paciente, 57

–narcisistas, 89

Negación, 91, 96

Neurobiología, 44

Neurociencias, 140

Neuropsiquiatría, 122

Normas, 79

Nosología

–psicoanalítica, 75

Objetivos, 133, 134

–de la enseñanza psiquiátrica, 136

–del programa, 128

–educativos, 117, 123, 137, 140

–en la formación de los psiquiatras, 116

Ocupaciones, 16

Ocupaciones sanitarias, 17

O.M.I.E., 151

Opiniones, 115

Organigrama, 85

Organización, 78

–funcionamiento de la, 80

–institucional, 77

–paranoide, 84

Organizaciones, 80

Orientación

–teórica de los psiquiatras, 44

Pacientes

–trato con los, 105

–utilización de los, 89

Padre

–suficientemente bueno, 97

Padres

–ideales, 105

Parálisis psíquica

–del pensamiento, 88

Paraprofesionales, 16

Patología

–institucional, 85

Pediatra, 24

Pensamiento

–ataque contra el, 88

Pensar

–capacidad de, 93

–incapacidad para, 104

Perfiles

–de actividad, 45

Perlaboración, 81, 156, 157

Piel

–contenedora, 62

Población

–necesidades de la, 134

Poder, 157

–problemas de, 99

Poder de los psiquiatras, 42

–críticas hacia el, 53

Política

–orientación, 120

Políticos, 54

Práctica

–administrativa, 122

–de los psiquiatras, 48

–médica general, 140

–privada, 68

Práctica clínica

–modificación en la, 46

Prejuicios, 40, 42

–de los profesionales, 159

–hacia los pacientes, 105

–mejoría de los, 160

Prestigio

–el halo de, 54

Prevención, 15

–primaria, 23, 64

–secundaria, 24

–terciaria, 29

Prioridades

–comunitarias, 140

Problemas

–entre los profesionales, 101

–resolución de, 150

Problemas psicológicos

–causa de los, 109

Profesión, 15

Profesionales, 16, 17, 18

–de la Salud mental, 150

–intervenciones sobre, 165

–no médicos, 55, 145

–privados, 20

Programa

–de postgraduado, 124

–PIR, 142

Programas

–españoles, 122

–integrados, 137

Programas especializados

–profesionales en los, 30

Protocolo, 29

Pseudo-igualitarismo, 87
Psicoanálisis, 45, 50, 51, 67, 68, 69, 76, 80, 101, 104, 118, 123, 124
–en las instituciones, 74
–trabajo de, 75
Psicoanalista, 74
–trabajo de, 75
Psicogeriatría, 122
Psicología
–humanista, 150
Psicólogo, 39
Psicólogos, 17, 19, 39, 58, 102, 142
–actividades de, 59
–clínicos, 142
Psicomotilidad
–especialistas de, 144
Psico-neuro-endocrinología, 35, 131
Psicopatología, 134
Psicopatología descriptiva, 44
Psicosis, 25
Psicosociología, 81
–de grupos, 81
Psicoterapeuta
–de psicóticos, 99
Psicoterapeutas, 71, 104
–Federación Española de, 71
Psicoterapia, 117, 164
–breve, 65, 116
–confines de la, 149
–de grupo, 116
–enseñanza de la, 149
–formación en, 124
–grupal, 110
–práctica de la, 17
–psicoanalítica, 75
Psicoterapia dinámica, 64
–formación en, 150
Psicoterapias, 67, 70
–de apoyo, 75
–dinámicas, 68
–sensu strictu, 24
Psicóticos, 75
–núcleos, 61
Psiquiatra, 40, 41
–definición de, 43
–quehacer del, 119
Psiquiatras, 19, 39, 45, 71, 102
–minución del número de, 121
–práctica de los, 118
–psicoanalistas, 69
Psiquiatría, 99

- comunitaria, 17
- consulta-enlace, 116
- crisis, 116
- de Comunidad, 101
- de enlace, 132
- de urgencia, 116
- general, 124
- gestionada, 32, 33, 102
- Psiquiatría dinámica, 121, 150, 151
- Psiquiatría infantil, 124
- Psiquiatría para ATS
- especialización en, 144

Reacciones

- contratransferenciales, 74
- transferenciales, 74

Realidad

- manejo de la, 97

Realidades

- externas, 61
- internas, 61

Reembolso, 33

Regresión, 156

- en los equipos, 95

Rehabilitación, 30, 128

- unidades de, 57

Relación, 78

- antiterapéutica, 92
- aspectos subjetivos, 92
- con los pacientes, 92
- de ayuda, 57, 58, 73, 74
- dificultades de, 104
- finalización de la, 74
- médico-enfermo, 134, 138
- profesional-paciente, 62
- terapeuta-paciente, 70, 149

Relaciones

- con la Comunidad, 21
- informales, 91
- interpersonales, 58, 61, 111, 127, 136

Relaciones ambivalentes

- con la institución, 88

Relaciones humanas

- estudio de las, 144
- teoría de las, 79

Relajación, 124

Remedicalización, 44

Remuneración, 109

Reparar, 38

- impulso a, 37

Reparación
–genuina, 94
–impulso hacia la, 36
–mágica, 94
Residencia
–causas de la deserción de la, 107
–en Psiquiatría, 139
–primer año de, 108
–programas de, 122
Residentes, 107
–apoyo psicosocial de los, 110
–en Psiquiatría, 43
–opiniones de los, 117, 118
–«problema», 109
–problemas de los, 106
–problemas emocionales de los, 110
Resistencias, 81
Responsabilidades
–legales, 65
Retaliación, 94
Reuniones
–para solucionar temas o conflictos, 88
Riesgo
–alto, 109
Riesgos, 138
–de agresiones, 106
Ritos
–de protección, 89
Ritual, 88
–institucional, 99
Rituales
–de grupo, 87
Rivalidad, 87, 102
Rivalidades, 101
–profesionales, 96
Rol
–de los psiquiatras, 46
–custodial, 28
Role-playing, 146
Roles
–nuevos, 32
Roles profesionales, 48
–modificación de, 98
Rumores, 87

Sacerdotes, 54
Salarios, 54
Satisfacción, 112
Secretarias
–médicas, 144

Sectas, 42
Sector, 30
–privado, 73
–público, 73
Sectorización, 15, 30
Seguridad Social, 119
Seguros
–Compañías de, 69, 104
Self
–falso, 96
Separación, 74
Servicios
–de atención domiciliaria, 60
–de rehabilitación, 60
–extrahospitalarios, 20
–psiquiátricos, 20
Seudoigualitarismo, 96
Simbolización
–espacio de, 85
Síndrome
–del quemado, 110, 112, 113
–del residente que comienza su formación, 108
Siniestro, 86
Sociabilidad
–por interacción, 78
–sincrética, 78, 80, 85
Socialización
–fase temprana de la, 166
Sociedad
–necesidades de la, 115, 121
Sociogénesis, 51
Socioterapia, 117
Solidaridad, 78
Somatización, 62
Somatoterapia, 117
Splitting, 96
Subespecialidades, 30, 122, 123
Sugestión, 75
Suicidio, 109
Suicidios, 108
–entre los psiquiatras, 111
Suiza
–situación en, 45
Supervisión, 110, 116, 147, 154
–a los equipos, 92
–de su trabajo práctico, 127
–experiencia de, 93
–programas de, 99
Supervisiones, 124
Supervisor, 121

Supuesto

–básico, 104

Talleres

–pedagógicos, 117

tarea

–autoasignada, 104

–imposible auto-asignada, 105, 113

–primaria, 82

Tareas, 20

Taxonomía

–de la patología organizacional, 77

Tensiones, 81

Teoría

–de las catástrofes, 85

–psicoanalítica de la institución, 81

–psicodinámica, 84

Teóricos

–modelos, 70

Terapeutas, 17

Terapeutas ocupacionales, 53, 60, 102

Terapias

–breves cognitivo-conductuales, 102

–de familia, 156

Tiempo

–experiencia del, 156

Trabajadores

–voluntarios, 20

Trabajadores sociales, 53

Transferencia, 75, 76, 150, 155

–negativa, 80

–positiva, 80

Trastornos

–alimenticios, 25

–del sueño, 25

–prenatales, 23

Tratamiento

–precoz, 64

Tratamientos

–biológicos, 68

–combinados, 26, 124

–farmacológicos, 74

–mixtos, 68

Tutor, 154

Tutores, 139, 140

Tutorías, 129

Unidades

–acreditación de, 126

–docentes, 126

Urgencia, 66
Urgencias, 25
–a domicilio, 26
Usura
–institucional, 88
Utopía, 87

«Valencia», 37
Valores, 79
Vicisitudes
–de los profesionales, 101
Videotapes, 146, 147
Viñetas, 166
–clínicas, 140
Violencia, 40
–víctimas de la, 48
Vocación, 35
Vulnerabilidad
–de los mecanismos asistenciales, 100
–factores de, 93

Yo
–sincrético, 86
Yo-piel, 82