



TRABAJANDO JUNTOS

Necesidad de criterios específicos para la derivación a psicoterapia: una propuesta



J. García-Haro^{a,*} y N. Fernández-Briz^b

^a Centro de Salud Mental La Ería, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España

^b Sector Privado, Oviedo, España

Recibido el 23 de septiembre de 2013; aceptado el 23 de enero de 2014

Disponible en Internet el 17 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Derivación;
Psicopatología;
Psicoterapia;
Servicios públicos de
salud mental

KEYWORDS

Referral;
Psychopathology;
Psychotherapy;
Public mental health
care system

Resumen Este trabajo discute acerca de la necesidad de establecer criterios específicos para la derivación a psicoterapia en los servicios públicos. Se cuestiona el uso de la psicoterapia como análogo de la medicación y su equiparación con una relación de ayuda informal. Se hace una propuesta de criterios mínimos para la derivación a partir de un análisis de las condiciones de posibilidad que permiten su ejercicio. Se pretende de este modo contribuir a la mejora de la reputación y de las condiciones de la práctica de la psicoterapia en el sistema público de salud.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Need of specific criteria for psychotherapy referral in the public health system: A proposal

Abstract This study discusses the need of specific criteria for psychotherapy referral in the public services. the use of psychotherapy as a supplement to traditional medication, and its comparison with informal methods of support, has been questioned. This study proposes the establishment of basic criteria for the integration of psychotherapy, based on an analysis of the conditions that allow it to function. It thus aims to contribute to improving the reputation and the practice conditions of psychotherapy in the public health system.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

¿Hasta dónde puede llegar la psicoterapia en los servicios públicos sin definir los criterios que la hacen posible, y por tanto, sin que muchos sepan si quiera cuándo tiene sentido hacer una derivación a psicoterapia? Y, ¿hasta dónde podemos llegar los psicoterapeutas sin

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmgarciaharo@yahoo.es
(J. García-Haro).

hacernos estas preguntas ni preocuparnos por hallar una respuesta?

La psicoterapia sola o en combinación con psicofármacos constituye el tratamiento de primera elección de un buen número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento útil de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud¹. Ya nadie duda de su efectividad. Según la evidencia, su efectividad en los trastornos mentales más prevalentes es al menos similar al tratamiento farmacológico². Pero además, la psicoterapia presenta las siguientes ventajas: sus beneficios tienden a mantenerse a lo largo del tiempo tras finalizar el tratamiento, disminuye el riesgo de recaídas (especialmente en trastornos de ansiedad y depresión) y resulta para la administración más eficiente a largo plazo (menor coste económico). Por otro lado, supone un menor riesgo para la salud de las personas y los consultantes la prefieren antes que la opción farmacológica^{3,4}. Por todo lo anterior, la psicoterapia, en sus modalidades individual, familiar y grupal, está reconocida como una prestación sanitaria más en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) (R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre)⁵. Su oferta constituye por tanto una obligación para el sistema sanitario público. Sin embargo, este reconocimiento normativo no se ha acompañado de una revisión y discusión acerca de las cuestiones que se consideran pertinentes para el resto de las prestaciones sanitarias: la evaluación de necesidades, las garantías de calidad y la política de recursos humanos.

En el SNS el número de profesionales debidamente capacitados que se dedican a la psicoterapia es claramente deficitario en todos los sectores asistenciales (atención primaria, ambulatoria y hospitalaria), y las condiciones de ejercicio de la misma rara vez cumplen criterios de calidad, ni los que hacen de la actividad un trabajo aceptable, ni siquiera los que hacen que una conversación entre un profesional y un usuario merezca el nombre de «psicoterapia». En esta línea, la de mejorar las condiciones de la práctica de la psicoterapia en los servicios públicos, se enmarca el anexo II «Criterios de calidad en psicoterapia» (tabla 1) de la Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013⁶.

En la situación actual en el SNS, a pesar de la evidencia y de las recomendaciones de las guías clínicas más prestigiosas a favor de la psicoterapia, como las del *National Institute for Health and Clinical Excellence*⁷, la respuesta asistencial predominante sigue siendo la farmacológica. El peligro de la solución farmacológica, como principal y a menudo única opción terapéutica para este tipo de problemas, es históricamente conocida: cronificación y elevado gasto farmacéutico. Esto se debe al fuerte predominio del modelo médico en la salud mental de nuestro país; un modelo que apenas informa del tratamiento psicológico como opción terapéutica ante la prescripción de medicamentos. Quizás

por esto el lugar que ocupa la psicoterapia entre el conjunto de prestaciones sanitarias sigue siendo marginal. Pero, ¿por qué pesa tanto lo farmacológico en salud mental?

Enfermedad mental y psicoterapia

Desde sus comienzos la psiquiatría ha luchado para legitimar su pertenencia a la medicina. En el siglo XIX se integra en el discurso médico, lo toma como referencia, abre el mapa de las clasificaciones nosológicas (siguiendo las taxonomías de botánicos y zoólogos), inicia la búsqueda de signos anatómicos y fisiopatológicos y mecanismos etiopatogénicos que permitan afirmar que los trastornos de los que se ocupa son equiparables a la enfermedad física, y entra de lleno en el paradigma de las enfermedades mentales⁸. Situada ya en el corazón del modelo médico y tomando como referencia el concepto de *enfermedad*, la psiquiatría tradicional opera como sigue: las quejas del paciente son la puerta de entrada de un proceso de exploración para el que *no* es imprescindible la colaboración del paciente. A partir de esa exploración se identifican los signos (y síntomas) previstos por una taxonomía que dicta un diagnóstico, el cual remite a una teoría acerca de los mecanismos que explican la aparición de los motivos de queja, habitualmente (y siguiendo la tradición hipocrática) formulada en términos de disfunción neuroquímica (desequilibrio dopaminérgico en la psicosis, serotoninérgico en la depresión, gabaérgico en los trastornos de ansiedad...), y que requiere de un tratamiento corrector, habitualmente una medicación. La cuestión es que el diagnóstico remite a una teoría más o menos probada, ya que después de más de 150 años de investigación (si tomamos como punto de partida a Griesinger y su declaración de que todas las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro), no se ha encontrado ninguna «causa», ni siquiera biomarcador de ninguna enfermedad mental⁹. Y, porque, si se hubiera encontrado, lo propio sería, como hace el resto de la medicina, hacer una prueba diagnóstica (un análisis bioquímico, por ejemplo) para localizar el rastro de dicha disfunción en el organismo. No hay tal. Por lo demás, el tratamiento corrector, basado en la toma de fármacos, suele ser cambiado muchas veces por ensayo y error, a veces cada poco tiempo, a veces cada poquísimo, con el riesgo que esto conlleva para la salud. Como consecuencia se recetan más psicofármacos que nunca, y muchas veces de forma iatrogénica¹⁰.

Si en la práctica de la medicina la queja pone al profesional en la pista de descubrir los síntomas de una enfermedad subyacente, en psicoterapia la queja (o el sufrimiento) no tiene porqué hacerlo y de hecho no lo hace. La psicoterapia no se ocupa de enfermedades, sino de estrategias personales que fracasan. La psiquiatría farmacológica tampoco. En nuestra opinión, la metáfora de la enfermedad no es la

Tabla 1 Criterios mínimos para la aplicación de las siguientes modalidades de psicoterapia

Tipo de psicoterapia	N.º mínimo de sesiones	Duración mínima de la sesión	Periodicidad de las sesiones
Individual	15	30-45 min	Semanal/quincenal
Grupal	25	60-90 min	Semanal/quincenal
Familiar	6	75 min	Mensual

más útil para ayudar a un consultante a generar cambios o buscar soluciones. No es lo mismo decir «desde hace tiempo tengo un dolor aquí en el tobillo que me está matando», que decir «me levanto entre 5 y 25 veces todas las noches para comprobar que el gas está apagado, sé que es absurdo pero no puedo evitarlo». El «me levanto...» no es al *trastorno obsesivo compulsivo* lo que el dolor a la *luxación*. Y tampoco la medicación antidepresiva es al *trastorno depresivo* lo que la insulina a la *diabetes*. Los trastornos psicológicos no son enfermedades. Ni en la OMS ni en la Asociación Psiquiátrica Americana ha prosperado hasta ahora el término «enfermedad» para hablar de los sufrimientos que se clasifican en el capítulo V de las CIE (Trastornos mentales y del comportamiento) y en los *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Según el modelo médico de salud mental la psicoterapia funcionaría como un análogo de la medicación. Esta analogía se manifiesta en las reflexiones de los usuarios de los servicios de salud mental que abandonan la ayuda psicoterapéutica alegando que la terapia «no me hace nada». Aunque no es este el lugar para extendernos sobre la cuestión, conviene señalar que existe una discontinuidad tanto teórica como práctica entre el modelo médico de salud mental y la psicoterapia. Esta discontinuidad arranca de una concepción radicalmente diferente de entender el origen, mantenimiento y tratamiento de los trastornos *psico(pato)lógicos*, la validez y utilidad del diagnóstico y de las clasificaciones nosológicas¹¹⁻¹³.

Pero en lo que sí se parece el modelo médico y la psicoterapia es que solo en la medida en que el consultante emprenda las acciones que se le han sugerido (lo que podríamos llamar «adherencia o cumplimiento del tratamiento») este tendrá opción de funcionar. Ni la psiquiatría tradicional ni la medicina pueden renunciar a entender que el consultante es agente a la par que paciente, ya sea porque es así como de hecho se le considera cada vez que se le pregunta para obtener la información que se precisa para hacer el diagnóstico, ya porque se precisa de su colaboración, fuera de la sesión, para tomar la medicación que se le prescribe, ya porque se precisa de su relato acerca de cómo *le* está funcionando la medicación, o para decidir cuándo va siendo hora de dar el alta. En psicoterapia hace tiempo que se ha asumido que cuidar la relación (construir la alianza de trabajo y la relación terapéutica) es obligatorio para que el tratamiento funcione. Como señala Beyebach¹⁴ nos parecería inadecuado (y poco respetuoso) limitarnos a culpabilizar a los consultantes por no seguir el tratamiento. Ignorar la propia responsabilidad remitiéndose al «yo ya les he dicho lo que tienen que hacer, allá ellos si no me hacen caso» es una postura cómoda para el profesional, pero en medicina muy poco útil para el paciente. En psicoterapia es una postura ignorante.

La psicoterapia se hace, no se recibe

De acuerdo con Esteban Ezama¹⁵ la psicoterapia es una actividad conjunta en la que una o varias personas (que llamaremos *consultantes*) hablan con un terapeuta a propósito de algo que sucede en sus vidas y que, de acuerdo con sus valores y preferencias, les resulta intolerable. Los sucesos a los que se refieren acontecen en escenas que rara vez el terapeuta puede presenciar. Esto que sucede en sus vidas

y que les resulta intolerable son los *motivos de queja*. Los consultantes que acuden a una psicoterapia encuentran en sus vidas motivos de queja bien en sus propias acciones, pensamientos, emociones, percepciones o juicios, bien en las acciones de otras personas. Y lo que buscan, en principio, es una ayuda para remediar los motivos de queja. Esta meta se alcanza si los motivos de queja que llevan al consultante a pedir ayuda no se producen, y tampoco se producen otros nuevos como consecuencia del cambio. Las escenas que llevarán a los consultantes a concluir que sus motivos de queja se han reducido o desaparecido sucederán fuera de la sala de terapia, en ausencia del terapeuta. Y esta meta se logrará en la medida en que el consultante pueda utilizar los conocimientos que comienza a construir con el psicoterapeuta para introducir cambios (diferentes maneras de pensar, sentir, hacer) allá donde aparecen los motivos de queja. Este trabajo, que es parte fundamental de la psicoterapia, lo ha de hacer el consultante, y no lo puede delegar en el terapeuta ni en ninguna otra persona. La psicoterapia no se recibe como quien recibe un electroshock, una lobotomía o una inyección de insulina. La psicoterapia es una actividad conjunta de resolución de problemas. No es algo que *se le hace* al consultante como si fuera un objeto físico, sino que *hace* el consultante con ayuda del terapeuta.

Indicación de la psicoterapia: limitaciones y condiciones de posibilidad

La discusión sobre la indicación de las psicoterapias tradicionalmente se ha realizado desde la tradición de la psicoterapia dinámica breve y desde las condiciones propias de la práctica privada. Lo que se pretende con la indicación (o no) de psicoterapia es comprobar mediante una conversación si el consultante presenta determinadas características que, según sabemos por la investigación o la experiencia clínica, hacen más probable que la psicoterapia funcione adecuadamente. Así, se han formulado criterios de selección como: capacidad de introspección, motivación para el cambio, inteligencia, habilidad para relacionarse y para comunicar emociones, etc. La riqueza de criterios de indicación planteados en la literatura contrasta, sin embargo, con la miseria de criterios específicos para la derivación a psicoterapia en el SNS. En este texto trataremos de criterios de indicación tan básicos que son verdaderas *condiciones de posibilidad* para hacer psicoterapia; es decir, hablaremos de las condiciones que han de cumplirse para que se pueda iniciar un trabajo psicoterapéutico.

¿Quién decide si se necesita o no psicoterapia?

En el ámbito de los servicios públicos de salud mental se tiende a derivar a psicoterapia a todo aquel que lo solicite (aunque no sepa qué significa hacer psicoterapia y nadie se lo vaya a explicar antes de darle el volante). Cuando esa solicitud no se produce, a menudo quien decide la indicación de psicoterapia es un profesional que ignora que una consulta psicoterapéutica consiste en algo más que escuchar afectuosamente o dar consejos (alguien que no tiene suficientes criterios para evaluar si la derivación está indicada o no). Y más tarde, a menudo también, quien determina si la psicoterapia debe o no continuar no es el terapeuta, sino

alguien que ignora lo que en ella se ha hecho y lo que aún se puede hacer. De esta forma, se deriva a usuarios que, aunque lo que les sucede en sus vidas les resulta intolerable y desean que las cosas cambien (como quien desea en este sentido que le toque la lotería), declaran que no están «con ganas para hablar con nadie», ni mucho menos para hacer algo que requiera esfuerzo («lo que menos ganas tengo yo es de hacer nada»). A veces, incluso, la derivación forma parte de un contrato implícito por el que el profesional derivante solo prescribe medicación, si y solo si el consultante acepta contar sus problemas a otro. Así, el mensaje que con frecuencia acompaña a la derivación es: «necesita un espacio de escucha».

En el sector público muchos derivantes conciben la psicoterapia como una actividad de escucha y contención del sufrimiento, e ignoran (o les conviene ignorar) que la psicoterapia es una actividad destinada a conseguir que los consultantes construyan conocimientos y habilidades para hacer diferente fuera de las sesiones. No concebimos un servicio de salud donde la escucha y la contención del sufrimiento no sea parte de las funciones de un psicoterapeuta, pero tampoco uno en el que esta función sea depositada en exclusiva en el psicoterapeuta profesional. Una asistencia en la que la escucha y la contención no esté siempre presente es una mala asistencia. Pero, siendo una parte imprescindible de la psicoterapia, quien la concibe solo así suele ignorar que la parte fundamental del proceso de cambio ocurre fuera de las sesiones, cuando los consultantes ensayan la construcción de nuevas estrategias inspirándose en la experiencia y los conocimientos que se bosquejan en la seguridad de las sesiones. Esto es, se ignora que las sesiones sirvan de guía-andamiaje para encontrar o construir herramientas que el consultante ha de usar en su vida cotidiana para que ocurran cambios en el terreno en que suceden los motivos de queja. La actividad del psicoterapeuta es una actividad comunicativa, un intento de *hacer hacer* (de hacer que alguien haga)¹¹ para que el consultante emprenda nuevos cursos de acción, pero parte fundamental del progreso terapéutico es lo que hacen los consultantes. En definitiva, la psicoterapia requiere tiempo y mucho esfuerzo personal por parte de quien busca ayuda.

¿Para qué condiciones es la psicoterapia?

Desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano atraviesa un ingente número de dificultades, muchas inevitables. La muerte forma parte de nuestras vidas, y sufrir por la falta de un ser querido, en principio, no basta para decidir que se tiene un problema psicológico o que esté indicada la psicoterapia, como tampoco la taquicardia que siento cuando salgo a correr bastaría para solicitar una cita con el cardiólogo. Con esto queremos decir que con el «está muy mal» o «es muy malo» no basta para saber si se puede hacer psicoterapia.

Como profesionales sanitarios de un servicio público debemos preguntarnos si todo lo que hace sufrir requiere atención sanitaria. Por ejemplo: ¿es el duelo o una separación afectiva condición suficiente para requerir ayuda farmacológica o psicoterapéutica? ¿Cuándo sí y cuando no? Y sobre todo ¿porqué? En el ámbito de la salud mental la respuesta depende de lo que entendamos que constituye no

Tabla 2 Condiciones de posibilidad para la psicoterapia

1. El consultante debe producir una queja, es decir, un relato acerca de un suceso indeseado
2. El consultante debe manifestar su deseo de que desaparezcan los motivos de queja
3. Disposición del consultante a colaborar con el terapeuta en el relato de los motivos de queja
4. Disposición a usar de algún modo la ayuda que se ofrece en la sesión para introducir cambios en las escenas donde se producen los motivos de queja

un trastorno mental (la agrupación de motivos de queja que encaja en las categorías del capítulo v de la CIE 10) sino una *disfunción psíquica*¹¹. Lo que hace que un motivo de queja se convierta en una disfunción psíquica son las estrategias correctoras, propias o ajenas, que se emplean para remediar la queja, y su reiteración a pesar de los fracasos (entre las que cada vez más hemos de incluir lo que hacemos los profesionales de la ayuda). Las acciones y estrategias que utilizamos para conseguir objetivos en nuestra vida componen una arquitectura funcional: el éxito de unas estrategias depende de manera más o menos estrecha del éxito de otras. Es muy habitual que la realización de una tarea o el ejercicio de una estrategia para conseguir un objetivo interfiera con la realización de las acciones necesarias para el logro de otros objetivos, porque es necesario tener éxito en una para poder realizar la otra (sujetar un lápiz con la pinza del pulgar y otro dedo para poder escribir a mano, o hablar con nuestras figuras de apego para regular nuestros afectos, por ejemplo). Pero también hay incompatibilidades de otro estilo, de manera que el intento, exitoso o no, de alcanzar unas metas impide la consecución de otra meta (seguir un programa de televisión y al mismo tiempo hacer los deberes de matemáticas, o mantener una apariencia de invulnerabilidad en todo momento y ser protegido, por ejemplo). Algunas veces los objetivos interferidos son tan importantes, tan esenciales, que muchos componentes de la arquitectura funcional se ven afectados, y a veces, también, las estrategias correctoras, los intentos de remediar esos fracasos, lejos de resultar eficaces resultan contraproducentes. En ese caso nos encontramos con una *disfunción psíquica*, es decir, con un *nudo de fracasos* que puede afectar a muchas actividades básicas de nuestra existencia y ocasionar mucho sufrimiento. Las estrategias correctoras que se reiteran a pesar de su ineficacia y costes son uno de los ingredientes fundamentales de los problemas psico(pato)lógicos y una de las dianas del trabajo psicoterapéutico. La psicoterapia (la acción de los consultantes guiada por las conversaciones con el terapeuta) se ocupa de deshacer los nudos de incompatibilidad que originan la disfunción, revisando, organizando, construyendo y modificando las estrategias en marcha y las metas vigentes que componen la vida cotidiana. Es ese trabajo que el psicoterapeuta puede facilitar, pero no hacer, lo que constituye lo esencial de una psicoterapia.

De lo anterior se puede inferir que para hacer psicoterapia es imprescindible que se cumplan las siguientes condiciones (tabla 2).

A continuación presentamos dichas condiciones en las tablas 3, 4, 5 y 7.

Tabla 3 El consultante debe producir una queja, es decir, un relato acerca de un suceso indeseado

El motivo de queja puede acontecer bien en la acción, pensamiento, emoción, percepción o juicio de uno mismo o en las acciones de otras personas¹⁵

Tabla 4 El consultante debe manifestar su deseo de que desaparezcan los motivos de queja

Para derivar a psicoterapia no basta con la queja, sino que esta ha de tener tales consecuencias que resulten intolerables para la vida de la persona y, por tanto, que uno desee ayuda para que se reduzcan o desaparezcan dichos motivos de queja. La actitud del consultante ha de implicar, por tanto, un deseo de superación del sufrimiento y la necesidad de introducir cambios en su vida con esa finalidad. De acuerdo con esto, para derivar a psicoterapia se necesitaría una *demanda de ayuda*. La diferencia entre queja y demanda es que mientras la queja es una descripción, más o menos dramática, de un suceso indeseable, la demanda es una petición, explícita o implícita, de ayuda

Los sucesos que catalogamos como intolerables remiten tanto a lo que hacemos como a lo que nos pasa, o a lo que hacen o les pasa a los demás. *La vida es lo que hacemos y lo que nos pasa*, decía Ortega. Nosotros preferimos la siguiente formulación: «La vida es lo que hacemos con lo que nos pasa y lo que nos pasa con lo que hacemos». Tener una arritmia es algo que nos pasa, pensar que vamos a sufrir una nueva crisis en cualquier momento es algo que hacemos. Comer compulsivamente todas las noches es algo que hacemos, sentir que el estómago se hincha como una pelota y tenemos ganas de vomitar es algo que nos pasa. La muerte de un ser querido es algo que nos pasa, llorar y pensar que no somos capaces de seguir adelante con la vida es algo que hacemos. La psicoterapia se convierte en un procedimiento de ayuda para remediar los motivos de queja cuando estos recaen sobre lo que hacemos o sobre lo que hacen los demás si la actuación de estos depende (en algún sentido o grado) de lo que hacemos. La psicoterapia alcanzaría su límite cuando los motivos de queja recaen sobre lo que nos pasa o les pasa a los demás, sin que nuestro hacer esté de ningún modo implicado. Hacer psicoterapia bajo estas circunstancias se convierte en una tarea tan absurda como pretender ayudar a quien pide consulta porque su equipo favorito pierde cada domingo. Sin demanda de ayuda la psicoterapia no puede empezar. Por supuesto, se pueden emprender otras actuaciones que no requieran de la colaboración del consultante. Se podría, por ejemplo, trabajar con el sistema familiar sin que estuviera presente en la sala de terapia el protagonista de la queja, o se podría utilizar un tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), pero sería un sinsentido hablar de psicoterapia ambulatoria involuntaria. La relación de colaboración es la que permite llevar a cabo la intervención psicológica que llamamos «psicoterapia». Podría ocurrir que se derive a psicoterapia a quien no desea ayuda, o incluso a quien explícitamente la rechaza, para que el psicoterapeuta le

Tabla 5 Disposición del consultante a colaborar con el terapeuta en el relato de los motivos de queja

Para trabajar en psicoterapia no es tan necesario identificar un trastorno (catalogar los motivos de queja de los consultantes) como obtener un relato detallado y concreto de las escenas en las que se producen los motivos de queja y de las circunstancias en que estos aparecen o desaparecen. El conocimiento de los detalles es esencial. Relatar los sucesos que resultan intolerables con más o menos detalle forma parte del procedimiento de los consultantes destinado a que el terapeuta haga algo para que los motivos de queja desaparezcan o se reduzcan. Discutir y aclarar el significado de lo que se dice forma parte del procedimiento de los terapeutas destinado a que el consultante dé información más detallada. Es en lo concreto donde se producen los fracasos y donde las personas optan por acciones que pueden contribuir a la mejora o empeoramiento de sus problemas. «El terapeuta no puede saber sin ayuda y a ciencia cierta qué acciones necesita emprender el consultante para resolver el problema»¹⁶

cambie. En nuestra opinión, si el consultante no desea ayuda no conviene hacer la derivación a psicoterapia, no porque el consultante no necesite ninguna ayuda (muchas veces la ayuda que se necesita no es la que se demanda), sino sencillamente porque hacer psicoterapia en estas condiciones no es posible. De acuerdo con lo anterior, cerciorarse de que el consultante está conforme con la derivación y que sabe de qué trata el asunto es una buena práctica clínica. De otro modo, el primer trabajo del terapeuta será informar y ofrecer la psicoterapia. Conseguir que alguien que no desea ayuda acabe reconociendo que la necesita enfrenta al terapeuta a una situación paradójica e incierta, en tanto que para que este pudiera iniciar la tarea encomendada el consultante debería ya reconocer que necesita una ayuda para querer que le ayuden. Y es que derivar a psicoterapia a quien dice que no necesita ayuda resultaría tan inusual como derivar para que receten una medicación a quien dice no necesitarla, o tan extraño como atribuir al profesional a quien derivamos la obligación de convencer al paciente de que haría bien en tomarla (tabla 5).

La importancia de los detalles se evidencia en el siguiente caso (tablas 6):

Desde nuestro punto de vista, y sin perjuicio del papel que desempeña la actividad del terapeuta en el progreso terapéutico, la efectividad de la psicoterapia recae en el uso que haga el consultante de la ayuda recibida para hacer que ocurra algo diferente y deseable. El psicoterapeuta no salta a la arena donde suceden los motivos de queja para lidiar con los problemas que afectan a las personas, sino que son ellas mismas las que, ineludiblemente y con la guía del terapeuta (y a veces a su pesar), superan obstáculos para conseguir sus metas. No valorar la efectividad de la psicoterapia atendiendo al uso que los consultantes hacen de la ayuda que se les ofrece resultaría tan extraño como valorar la eficacia de un fármaco preguntando a aquellas personas que decidieron no tomarlo. Pero la noción de uso que planteamos aquí no remite al hecho de que se le pudiera hacer entrega al consultante de una herramienta ya acabada (un

Tabla 6 Importancia de los detalles en psicoterapia

No es suficiente, por ejemplo, que el paciente explique que acude a consulta porque no puede dormir. Debe aclarar en qué situaciones no puede dormir, desde cuándo no puede dormir, cuántas horas duerme, en qué momentos del día, etc. De este modo es posible averiguar, por ejemplo, que el insomnio se inició cuando en la empresa le cambiaron su turno de trabajo y llegaba a casa pasadas las 10 de la noche en lugar de a las 5 de la tarde, como ocurrió antes de que modificaran su turno; llegar a casa a las 10 de la noche supone cenar inmediatamente y poco después acostarse, pero no conciliar el sueño hasta las 3 de la madrugada; el problema es que a las 7 ya se despierta, que era la hora habitual de levantarse los días laborables hasta entonces; además, no puede dormir la siesta como había hecho siempre, porque a la una y media del mediodía ya tiene que dirigirse de nuevo al trabajo. Explicado de este modo, podemos pensar que es normal que el paciente no pueda conciliar el sueño cuando se acuesta, porque acaba de cenar y además hace poco que ha llegado del trabajo y no ha tenido tiempo de olvidarse de él y de sus problemas. Por otro lado, si durante muchos años se ha levantado a una misma hora para ir a trabajar es lógico también que a esa hora le suene una especie de despertador interno que le interrumpa el sueño. Si además el paciente explica que él se negó a aceptar ese turno porque le priva de estar con su familia por la tarde, pero que finalmente la empresa se lo impuso, podemos inferir que a las dificultades normales que supone acostumar el organismo a otro horario de sueño se suma el hecho de tener que hacerlo por la fuerza y a disgusto. Por todo ello, el problema de insomnio de este paciente puede quedar concretado del siguiente modo: *el paciente padece insomnio porque no se acostumbra a seguir durmiendo más allá de las 7 de la mañana, tal vez porque esa es la hora en que él querría ir a trabajar*¹⁷

protocolo o una receta conductual), sino al hecho de que es en la misma sesión en donde se construye dicha herramienta. Este planteamiento es congruente con que entendamos la psicoterapia como una actividad conjunta entre consultante(s) y terapeuta(s) de resolución de problemas: que el consultante colabore en el relato no es independiente de que el terapeuta tenga que realizar ciertas operaciones en la sesión (establecer una alianza terapéutica, dar seguridad, refrendar una imagen valiosa del consultante...) para que esto ocurra; que el consultante use la ayuda fuera de la sesión para conseguir cambios deseables no es independiente del tipo de ayuda que ofrece el terapeuta: no vale con proponer cualquier actuación como herramienta para cambiar una situación, debe estar basada en una lógica o teoría del cambio, debe tener sentido, ser convincente, ajustada a las posibilidades de actuación... Que la efectividad de la psicoterapia recaer sobre lo que el consultante haga con la ayuda que recibe puede resultarnos de cajón, pero lo que ya no es de cajón son las implicaciones que esto tiene para la derivación a psicoterapia.

Las condiciones anteriores (en algún sentido o grado) deben estar ya presentes antes de hacer la derivación a

Tabla 7 Disposición a usar de algún modo la ayuda que se ofrece en la sesión para introducir cambios en las escenas donde se producen los motivos de queja

Que un consultante utilice la ayuda para introducir cambios en su vida cotidiana depende de qué papel se otorgue en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución de los motivos de queja¹⁸. Si uno considera que no puede hacer nada para cambiar lo que sucede cuando aparece la queja, porque, por ejemplo, cree que es una manifestación de una afección cerebral o es consecuencia de una maldita hormona o neurotransmisor que andan descontrolados, difícilmente se implicará en utilizar la guía terapéutica para tratar de introducir cambios fuera de las sesiones. En nuestra opinión, si el consultante considera que no puede hacer nada para cambiar lo que sucede, no conviene hacer la derivación a psicoterapia. Por supuesto, mediante una hábil y cuidadosa (y a menudo laboriosa) conversación (terapéutica) se podría intentar que un consultante llegase a reconocerse como agente de cambio, y no solo como víctima de una «enfermedad». Esto es, se podría intentar que el consultante reconociera que *puede* hacer algo para que las cosas cambien, pero la conversación que ha de lograr este objetivo, a nuestro juicio, ha de realizarla quien hace la derivación. Nos parecería una postura cómoda para el profesional, pero muy poco responsable, si este se limitara a decirles a sus pacientes que van a ser enviados a otro profesional, sin indagar qué papel se otorgan los consultantes en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución de los motivos de queja, sin explicar en qué consiste hacer psicoterapia, sin discutir qué pueden esperar y qué están dispuestos a hacer y, además, sin cerciorarse de la conformidad o no con la derivación. De acuerdo con lo anterior se podría recomendar al profesional derivante una formación para la derivación a psicoterapia o una formación psicoterapéutica elemental. Por otro lado, al igual que sucede con el deseo de ayuda, conseguir que alguien que no se siente implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución de los motivos de queja, acabe reconociéndose como agente, enfrenta al terapeuta a una situación paradójica e incierta en tanto que para que el terapeuta pueda iniciar la tarea encomendada el paciente debe estar dispuesto a cuestionarse, en algún sentido o grado, algo acerca de su modo de hacer o valorar las cosas

psicoterapia, en lugar de que el psicoterapeuta trate de averiguarlas o de construirlas, así sobre la marcha, en el transcurso de la sesión. Salvo en circunstancias excepcionales (TAI), los criterios anteriores son *condiciones de posibilidad* no solo para hacer psicoterapia, sino para que cualquier tipo de ayuda, incluyendo el tratamiento farmacológico, pueda funcionar. En nuestra experiencia no es infrecuente que se derive a psicoterapia sin verificar si se cumplen estas condiciones, o incluso a pesar de que a todas luces no se cumpla ninguna en absoluto. Más de una vez nos hemos encontrado, ya sentados en la consulta, con el consultante delante, mirándonos fijamente con cara de pocos

amigos, con que nos han derivado a personas por sucesos que solo preocupaban al derivante, donde no existe ningún deseo de cambio, donde la disposición a narrar el problema o a hacer uso de la ayuda para introducir cambios es nula... Hacer psicoterapia en estas condiciones se convierte en un trabajo ímprobo de resultados muy inciertos. Un despilfarro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las personas que con sus sugerencias constructivas han contribuido a mejorar este texto; especialmente a Henar García Pascual, Esteban Ezama Coto, Rebeca Costa Trigo, Fátima Valencia Agudo y Javier Manjón González.

Bibliografía

1. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La formación de los profesionales de la salud mental en España. En: Espino A, Olabarria B, coordinadores. Aspectos esenciales de la formación psicoterapéutica para la clínica en salud mental. Madrid: AEN; 2003. p. 331-50.
2. American Psychological Association. Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness- approved August 2012. Washington, DC: APA; 2012.
3. Pastor Sirera J. El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. Papeles del Psicólogo. 2008;29:271-90.
4. OCU. Menos fármacos, más psicoterapia. Revista OCU-Salud. 2012;100:11-4.
5. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de salud y el procedimiento para su actualización. BOE, núm 222 de 16/09/2006.
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual 2007. London: NICE; 2007.
8. Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Tricastela; 2000.
9. Figiber HC. Psychiatry, the pharmaceutical industry and the road to better therapeutics. Schizophr Bull. 2012;38:649-50.
10. Campagne DM, García-Campayo J. El inadecuado uso de las benzodiazepinas. Semergen. 2005;31:319-24.
11. Ezama Coto E, Alonso Y, Fontanil Gómez Y. Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2010;10:293-314.
12. López Méndez E, Costa Cabanillas M. Desvelar el secreto de los enigmas. Despatologizar la psicología clínica. Papeles del Psicólogo. 2012;33:162-71.
13. Manjón González J. Psicoterapia y protocolos de tratamiento desde un punto de vista constructivista. Revista de Psicoterapia. 2012;88:5-33.
14. Beyebach M, Herrero de Vega M. 200 tareas en terapia breve. Barcelona: Herder; 2011.
15. Ezama Coto E. Disfunciones psíquicas, tareas terapéuticas y efectividad de la psicoterapia [tesis doctoral]. Oviedo: Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo; 2012.
16. Ezama Coto E. ¿Qué hay detrás del modelo sistémico? En: Libro de actas: Psicología(s) 2. O Creciendo como psicólogos: investigación e intervención. II. Congreso Nacional de Estudiantes de Psicología CEP-PIE. Oviedo: Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo; 2008. p. 72-5.
17. Martínez Farrero P. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. Rev Asoc Neuropsiq. 2006;26:53-69.
18. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2001.