

2. Perspectivas en psicoterapia

Desde la División de Psicoterapia continuamos con nuestro deseo de seguir profundizando en la realidad profesional de la psicoterapia en España, las expectativas, objetivos, necesidades y preocupaciones, y siempre con el objetivo en mente de establecer posibles desarrollos profesionales; de la mano de los profesionales que trabajan día a día en este campo. En esta ocasión, la Junta Directiva de la División de Psicoterapia ha decidido entrevistar para nuestra interesante sección “Perspectivas en psicoterapia”, a **Pedro Rodríguez Sánchez**



Pedro Rodríguez es representante del COP de Madrid en la Comisión de Acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Es desde hace 31 años miembro de la Junta de Gobierno del COP de Madrid, como vocal de psicología clínica y de la salud y en la actualidad como tesorero. Desde octubre de 2014, fue designado por el Consejo de la Psicología de España como miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica en el ministerio de Sanidad. Hasta este año, cuando se ha jubilado tras una vida dedicada a la práctica profesional, Pedro ha sido Jefe de Servicio de Salud Mental de Ciudad Lineal en Madrid. Pedro es también miembro evaluador como profesional de Máster y Grados de salud en la Comisión de Evaluación de la rama de salud en ANECA. Tras una vida dedicada a la psicología clínica, tanto académica como profesionalmente, Pedro colabora con el máster de Psicólogo General Sanitario que imparte la Universidad Camilo José Cela

En los tiempos que estamos viviendo, la primera pregunta que nos gustaría hacerle Pedro es clara. Ha estado más de 36 años en primera línea de trabajo, como psicólogo en los Centros de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Durante todo ese tiempo, habrá vivido muchas situaciones, pero ninguna como la actual. Por ello, y en base a su experiencia, ¿cuál cree que es el papel que la psicología puede y debe jugar en una situación de emergencia sanitaria (y social) como la que nos ha traído el Covid-19? ¿Cree que va a haber un número sustancial de personas que vayan a necesitar asistencia psicológica tras esta crisis?

Sin duda esta pandemia ha sido algo nuevo para todos los profesionales sanitarios, y para la sociedad en general. Cuando yo empecé a trabajar, la realidad no se parecía ni por asomo a la actual. Yo comencé mi andadura profesional en el año 1981, en un Centro de Planificación Familiar. Eran otros tiempos, tiempos en los que, de alguna manera, se estaba construyendo la incorporación de psicólogos a recursos que estaban comenzando entonces. En aquellos años se estaba dando un impulso a las políticas de bienestar social desde las diferentes administraciones. Era un buen lugar de partida. Fue en este tipo de recursos donde los psicólogos y psicólogas comenzamos a dar psicoterapia dentro del sistema público.

Durante muchos años, esa fue (afortunadamente) nuestra realidad. Como bien recordaréis, fue tras los brutales ataques del 11-M cuando tuvimos que hacer frente a la primera emergencia social y psicológica a gran escala. Entonces, todos los profesionales de la salud tuvimos que emplearnos a fondo y dar respuesta inmediata a tal crisis. Sin embargo, la situación actual de la crisis del Covid-19 ha sido aún más complicada y demandante. Centrándonos solamente en las cifras y en el desafío que ello supone para el sistema (y no en valoraciones de qué es más o menos grave), aquel jueves de marzo de 2004, murieron 192 en un solo día, lo cual supuso toda una desgracia (más teniendo en cuenta la causa). Pero, durante algún tiempo de este periodo de emergencia, esas cifras se superaban con creces cada día, durante semanas. Los estudios realizados estiman un aumento de la demanda en torno a un 40%, lo que unido a las listas de espera de no menos de 7 meses puede provocar un bloqueo y retraso en la atención si no se realiza un aumento de psicólogos especialistas en psicología clínica de forma inmediata

Es por ello evidente que la psicología ha tenido que hacer un gran esfuerzo para poder atender a todas aquellas personas (que, en última instancia, somos toda la sociedad) que se han visto afectadas de una u otra manera por esta situación. En este sentido, la psicología, en mi opinión, juega dos papeles importantes: el primero, **ayudar a la gente a normalizar las vivencias** que hemos de experimentar durante una crisis, a darle sentido a los pensamientos y emociones que aparecen, a validarlos y normalizarlos. De esta manera, los profesionales de la psicología tenemos el poder de ayudar a evitar que estos síntomas, completamente normales en una situación como la que hemos vivido, se consoliden y puedan dar lugar a una psicopatología en el medio-largo plazo. Es decir, hemos tenido la tarea de ayudar en la **prevención**. Los psicólogos y psicólogas hemos conseguido este objetivo a través de la organización de los **dispositivos** puestos en marcha por el **Consejo de la Psicología de España** y por los diferentes **Colegios de la Psicología autonómicos** en coordinación con las diferentes administraciones (asistencia telefónica profesional, asistencia a duelos, asistencia en casos de violencia de género, asistencia en emergencias sociales...). El segundo papel de la psicología está directamente relacionado con

el anterior, y es que toda esta labor que hemos desarrollado los profesionales de la psicología sirva para **evitar** que en la **fase post-Covid** (aún estamos en la fase “Covid”, no hemos de olvidarnos) **aparezcan patologías consolidadas**, las cuales requerirían ya de un proceso terapéutico más largo.

Por ello, gracias al trabajo que se está realizando, podremos ser capaces de minimizar el impacto a largo plazo a nivel psicológico. Gracias a estas iniciativas centradas en la prevención, estaremos evitando que la vivencia de esta crisis genere problemas y patologías que interfieran en la vida de la gente, ahorrando malestar y futuras problemáticas. Si prevenimos, estaremos evitando, además de mucho malestar, que estas personas requieran de una asistencia más a largo plazo, favoreciendo que no haya una saturación en los servicios de asistencia después de la crisis. Para mí, es importante que reflexionemos sobre esta “nueva realidad” (no me gusta el concepto de “nueva normalidad”, ya que si es nuevo no puede ser lo mismo), para ver cómo podemos adaptarnos.

Has mencionado Pedro el papel fundamental que los profesionales de la psicología tenemos en cuanto a la prevención en la aparición de posibles futuras psicopatologías. Quizás, los psicólogos y psicólogas estamos acostumbrados a trabajar más desde la parte de “resolver” que de “prevenir”. En este aspecto, quizás un punto de vital relevancia sea tener claro cuáles son los indicadores, cuantitativos y cualitativos, que nos permitan valorar la efectividad y eficiencia del trabajo que estamos realizando. Parece que la Administración se interesa normalmente sólo por cifras, cuanto más altas mejor. Sin embargo, sabemos que cifras “al peso” quizás no son un buen indicador en salud, menos si cabe en salud mental. En tu opinión, Pedro, ¿cuáles deberían ser estos indicadores? ¿Cuáles son dichos indicadores dentro de los Centros de Salud Mental?

A veces tenemos tendencia a medir la **eficacia** y, sobre todo, la **eficiencia** de las intervenciones sanitarias (en todos sus campos) en general, en términos muy cuantitativos: cuántos pacientes ves al día, cómo los ves, etc. Sin embargo, muchas veces no se hacen valoraciones cualitativas, como por ejemplo: *cuántas veces debido a que vi a un paciente durante sólo cinco minutos, eso generó que no pudiera darle las pautas necesarias, lo que supuso que tuviera que volver de nuevo a los cinco días, diez días...* Debido a que, en ocasiones, no se interviene con el/la paciente durante el tiempo que se requeriría, este no puede incorporar las herramientas necesarias, lo que hace que no tenga más remedio que seguir consumiendo recursos del sistema. ¿Cómo podríamos actuar desde el terreno de la psicología, más concretamente, de la psicoterapia? Para ello, antes es fundamental creo definir la qué es la psicoterapia.

Desde mi punto de vista, defino a la **psicoterapia** como un instrumento básico de la intervención psicológica. La psicoterapia busca la comprensión y entendimiento (y esto es así desde cualquier modelo) de cuáles son las causas psíquicas que hacen que esa persona tenga un determinado “malestar”, y que este malestar le lleve a consultar a un profesional. Esta concepción es importante, ya que la psicoterapia no es llegar, realizar una radiografía y ver qué solución le damos (lo cual, por supuesto, también entraña su complejidad, pero creo que no hace falta entrar a más explicaciones para comprender el ejemplo), sino que es pararse a **analizar y comprender con detalle** cómo el pasado, el presente, las actitudes, las experiencias, etc. del individuo determinan su manera de enfrentarse a los retos presentes. Y, por supuesto, sabemos que la intervención psicoterapéutica lleva su tiempo. Si vemos 20 o 30 pacientes en un día de trabajo, ¿cuánto tiempo hemos dedicado a cada paciente? En 10 minutos, ¿se puede hacer algo? Quizás estamos *viendo* a esas personas, pero no las *observamos*, no las *miramos*.

A priori, pudiera parecer que “gastar” una hora en una sesión de psicoterapia con un paciente es todo un derroche. Ante esto, yo siempre doy la misma respuesta. Deberíamos valorar las intervenciones, no en términos anuales (muchas veces es en períodos mucho menores), sino en plazos de 3-5 años. Es importante que los y las **psicoterapeutas llevemos a cabo estudios cualitativos de nuestras intervenciones**, para demostrar el ahorro que se produce a medio-largo plazo: reducción de consumo de medicación, reducción de bajas laborales, reducción de ingresos hospitalarios, mejora de la calidad de vida del paciente... Atender a todos estos criterios es hablar de verdad de salud mental.

Me gusta explicar todo esto con el ejemplo de una explotación agraria. Si tu mides su rendimiento en términos anuales, puede ser que parezca que no es rentable, porque un año haya habido sequía, granizo... Sin embargo, si valoras su rendimiento en un periodo de cinco años, esto te da la oportunidad de tener un marco temporal donde ha podido existir la variabilidad necesaria para determinar realmente si esa explotación es o no rentable.

En línea con esta idea que expresas Pedro, podemos seguir este mismo ejemplo para debatir acerca de la efectividad y eficacia de las iniciativas psicológicas que se ponen en marcha (como las iniciativas de prevención que se han puesto en marcha en estos meses y se han mencionado anteriormente). Si queremos valorar su efectividad y eficacia, no podemos hacerlo dentro del marco temporal de un año, sino que deberíamos dejarlas continuar durante más tiempo, antes de poder determinar sus resultados. Quien pone una nueva plantación, no debiera esperar rendimiento hasta pasados unos años.

Desde luego. En psicología es igual. Desafortunadamente, a día de hoy, la Administración y la *política* atiende a criterios meramente cuantitativos: “Si yo he invertido tanto, quiero saber qué número de pacientes se ha atendido”. Comprendo que, en determinadas especialidades, el número de pacientes sea un criterio eficaz de valoración del rendimiento. Sin embargo, debemos recordar en todo momento que en **psicología** la **variable tiempo** es fundamental. Las intervenciones que han demostrado ser efectivas, lo han hecho dentro de unos parámetros temporales y de asistencia determinados, y estos es lo que debemos trasladar a nuestra práctica profesional en los centros. Por poner otro ejemplo, a un cirujano una operación puede llevarle x horas. Una vez esté hecha, puede dedicar más o menos tiempo a la sutura: puede dedicar más tiempo y cerrar la herida con hilo, favoreciendo una mejor cicatrización, o puede hacerlo más rápido y ahorrar, digamos media hora, si utiliza grapas. Ahora bien, ¿consideramos que **merece la pena ahorrarse tiempo?**

Hay otros indicadores cualitativos, que no suelen emplearse, pero que también son de gran importancia, como los criterios de funcionamiento personal y social. Es evidente que, especialmente en salud mental, debemos comenzar a valorar criterios del tipo *¿cuánto se ha reducido el consumo de fármacos?; ¿ha aprendido esa persona a emplear las estrategias y herramientas de manejo emocional-ansiedad trabajadas en psicoterapia, o sigue haciendo uso de psicofármacos ante esas situaciones?; ¿cuántas bajas ha tenido que pedir la persona por motivos psicológicos en el último año?; incluso en los casos de salud mental grave, gracias al trabajo psicoterapéutico, ¿ha disminuido el/la paciente el número de ingresos psiquiátricos respecto a la tendencia pasada?* Todos estos son casos de factores que son de mucha importancia, pero que pocas veces son tenidos en cuenta. Por ejemplo, en Inglaterra el estudio realizado en Atención Primaria, *Mejorando el Acceso a la Psicoterapia*, demostró que, cuando se tomaron en consideración este tipo de variables cualitativas, la Administración había ahorrado más dinero del que costó la contratación de los y las psicólogos que llevaron a cabo la iniciativa.

Si la psicoterapia tiene unos cánones, unas premisas, una manera de establecer relación, una forma estudiada de trabajar, es evidente que debe garantizarse que, tanto en la práctica privada como pública, estos se cumplan (al igual que se busca lo mismo en cualquier otro tipo de intervención sanitaria).

Ciertamente, como reflejas Pedro, no debemos olvidar que estamos trabajando siempre con personas, buscando mejorar al final, su calidad de vida, tanto personal, como social, familiar y/o laboral. Respecto a esto que estás comentando, y a los resultados de los estudios que ya se han llevado a cabo, como el que has citado en Inglaterra, consideras que, si se introdujesen en el

sistema español estos indicadores cualitativos, ¿se facilitaría una mayor incorporación de psicoterapeutas al sistema público sanitario, tanto en Atención Primaria (prevención) como en atención hospitalaria?

La **prevención** me parece que es el **papel fundamental** de los y las **psicoterapeutas en Atención Primaria**. El que exista el/la profesional de referencia al que la gente pueda acudir, para poder evitar, en términos generales, que lo que definimos como *malestares de la vida cotidiana*, no acaben convirtiéndose en una patología. Si se ampliara el número de psicólogos/as especialistas en psicología clínica con formación en psicoterapia en Atención Primaria, podríamos también favorecer una concienciación y *educación* psicológica. Es decir, enseñar a la población a gestionar el malestar emocional, a enseñar la normalidad de las emociones y del malestar, a enseñar que **podemos estar mal**, que es algo normal. Los y las psicólogos debemos ayudar a que la gente no convierta en problema lo que no es problema, pero también a enseñar a detectar cuándo sí hay un problema, y a ponerle solución. Esto no significa que estas personas no requieran una atención. La requieren, pero adecuada a su situación, a su problema.

Sería fundamental que **el/la psicoterapeuta** pudieran existir como **profesionales de referencia en la Atención Primaria**, al que la población pueda acudir cuando tenga alguna duda. Para explicar esto, siempre pongo el siguiente ejemplo: a mí, cuando me duele el estómago, voy al médico, porque no sé qué es lo que me pasa. El/la profesional, me atiende, y valora, y me da una respuesta, que, en la mayoría de los casos, es explicarme que son gases o una indigestión, y me da unas pautas para gestionarlo. Como puede verse, es una consulta simple, pero importante, porque puede evitar el agravamiento y/o cronificación de la problemática. Eso mismo deberíamos poder hacer con la salud mental y, para ello, es fundamental que haya un número suficiente de psicoterapeutas en Atención Primaria.

Relacionado con la pregunta anterior, en el mes de mayo, la Comunidad de Madrid publicó que “a través de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Sanidad, se ha elaborado un Plan de Respuesta Asistencial prioritaria en Salud Mental en la post-crisis por coronavirus, con el objetivo de canalizar las posibles necesidades derivadas de la pandemia”. Se anuncia que, entre el personal a contratar, se contará con 36 nuevos psicólogos clínicos. Ahora bien, no se menciona cuáles serán los criterios de selección de dichos psicólogos. ¿Cómo valora usted esta “laguna burocrática”? ¿Realmente se está garantizando la contratación de los y las mejores profesionales para estos puestos?

Se sobreentiende que serán Psicólogos Clínicos, ya que la legislación actual indica que son los profesionales que pueden trabajar en el ámbito de la salud pública. Yo he tenido la oportunidad de formar parte de tribunales de selección de psicólogos/as clínicos a lo largo de estos años, y, en este sentido, lo que más me preocupa no es la cuestión de los criterios de selección, ya que, desde luego, siempre se busca contratar a los/las mejores. Me preocupan más cuestiones cómo a qué recursos van a destinarse esos profesionales, y así también lo ha manifestado el COP de Madrid, en un comunicado enviado recientemente a las distintas formaciones políticas autonómicas. En mi opinión, no parece muy razonable que, en estos momentos, se busque reforzar la plantilla de psicólogos/as y psiquiatras para consultas interhospitalaria, ya que seguramente, la gran demanda de asistencia por parte de la población en la fase post-confinamiento (que no post-Covid) sea a nivel de los centros de salud mental que tienen atención ambulatoria.

Es de esperar que la gran mayoría de consultas estén relacionadas con la incertidumbre, el malestar relacionado con el qué va a pasar ahora, con la inestabilidad laboral... Es decir, serán consultas relacionadas con sintomatología ansioso-depresiva. Sintomatología, no trastornos. En nuestro modelo de atención comunitaria, tal y como está definido desde la Ley de Sanidad de 1986, son los centros de salud la puerta de entrada al sistema. Esta es una de las funciones de la Atención Primaria. Es por ello que no comprendemos por qué no se va a reforzar la plantilla en este nivel. Tememos que, por falta de profesionales de psicología especialistas en psicología clínica con formación en psicoterapia en los centros de atención primaria, los pacientes acaben medicalizados (incluso, *a posteriori*, “psicologizados”) por problemas que podrían resolverse en un corto periodo de tiempo con la adecuada atención psicoterapéutica.

Además, esta necesidad de reforzar la presencia de psicólogos y psicólogas en Atención Primaria se hace también evidente si comparamos la **ratio por 100.000 habitantes** de España con otros países de la UE. En España, hay 4,5 psicólogos/as por cada 100.000, muy lejos de los 18 que hay de media en la UE, y aún más de los 28 – 32 que se alcanzan en algunos países nórdicos. Antes del Covid-19, las listas de espera en asistencia en salud mental ya eran un problema. Podemos imaginarnos cómo va a ser ahora. Creo que la **salud mental** es un **derecho fundamental** y que, igual que tengo derecho a ser atendido en un tiempo razonable por un profesional de la medicina para consultarle cualquier cuestión, de igual manera he de tenerlo para consultarle a un profesional de la psicología cualquier duda, cualquier situación que me genere malestar. Habría que plantear el aumento de estas ratios y para esto hay que acometer dos cuestiones: el aumento de psicólogos especialistas en psicología clínica en las redes de salud mental del Sistema Nacional de Salud y aumento de plazas ofertadas para la formación PIR.

De hecho, si atendemos a los resultados que tanto el Consejo General de la Psicología de España como los diferentes Colegios de la Psicología autonómicos están publicando sobre los recursos de atención psicológica que han puesto en marcha durante la crisis del Covid-19, vemos que una gran parte de las consultas que se han atendido han sido por cuestiones que entrarían dentro de problemas de adaptación y sintomatología ansioso-depresiva no relacionada con estar directa o indirectamente afectado por la enfermedad. Es decir, con preocupaciones relacionadas con el trabajo, con la convivencia en el hogar con la pareja y/o los hijos, con malestar relacionado con la falta de actividades...

Y estoy seguro de que las intervenciones que han tenido en estos recursos (que podríamos catalogar de *recursos de prevención*) les han ayudado en gran medida a resolver de manera temprana esos conflictos, esas situaciones de malestar emocional, de bloqueo. Mucha gente tiene la más que comprensible necesidad de expresar su malestar, y el derecho a que un/a profesional de la psicología le dé una respuesta adecuada y efectiva para hacerle frente. Por supuesto, habrá casos más graves, que necesitarán de una asistencia más estructurada y a largo plazo. Pero, en la mayoría de los casos, no estamos hablando de intervenciones en trastornos psicológicos, sino **intervenciones ante el malestar**.

Cuando no se puede dar una respuesta adecuada a estas incertidumbres, a este malestar, se corre el riesgo de que, algo que empezó como una dificultad puntual, se agrave y cronifique en el tiempo. Cuando a la persona se le dice que se tome un tranquilizante para gestionar ese primer malestar, en vez de darle pautas para afrontarlo, estamos corriendo el riesgo de que la persona agrave su malestar, con todo lo que entendemos y ya hemos comentado que conlleva a medio y largo plazo. Es aquí donde comienza la **patologización**. Además, en este aspecto, no hemos de perder el sentido común. Si estoy preocupado/a por si van a despedirme a causa de esta crisis, no sé cuándo van a empezar mis hijos de nuevo el colegio, o no sé cuándo voy a poder ver a mi madre/padre que está en una residencia, es humano que aparezcan síntomas ansioso-depresivos. ¿Debemos patologizarlo? ¿Recomendamos el uso de ansiolíticos/antidepresivos? Creo que no. Considero que lo adecuado es dar a esa persona herramientas psicológicas para que pueda hacer frente a esas situaciones en la mejor de las condiciones. Los problemas no desaparecen solos, deben ser analizados y gestionados, y para ello, la **mejor herramienta es la psicoterapia**.

Quizás en esta línea que estamos comentando, sabemos que quien busca ayuda no es siempre el que “peor” está, y que muchas veces se atiende a quién más lo demanda, no a quién más lo necesita. Consideras Pedro que, aumentando la presencia de psicoterapeutas a nivel de Atención

Primaria, ¿lograríamos también llegar a las personas que más lo necesitan? ¿Lograríamos evitar así en algunos casos cronificaciones del malestar?

Creo que esa es una idea muy importante a nivel social. Siento que existe la idea generalizada de que, cuando uno tiene que subsistir (percepción que se ha podido tener, por ejemplo, durante esta crisis del Covid-19) no tiene derecho a “estar pensando” en malestares psicológicos. Como ya decía el gran Unamuno, *cuando uno tiene hambre, no le quedan muchas ganas de ponerse a hacer filosofía*. Es aquí donde interviene precisamente la **psicología comunitaria**. Debemos ser capaces de desarrollar programas que hagan que no sean los pacientes quienes siempre tengan que ser los que vengan a nosotros, sino **ser nosotros los que tengamos identificados los núcleos de riesgo para ir allí, e intervenir directamente con ellos/as**. Yo creo que esta es una parte que en el sistema público se ha dejado un poco “apartado” como consecuencia de la gran demanda que ha existido en los otros niveles de atención.

Hacer hincapié en la creación e implementación de programas de atención e intervención psicológica comunitaria opino que podría ser una de las grandes lecciones que podríamos aprender de esta crisis del Covid-19.

Dentro de su amplia carrera profesional, usted ha formado parte de los comités evaluadores de la ANECA. Algo que se está viendo con esta crisis, es un surgir vigoroso de numerosos “cursos de especialista”, “másteres” y similares en psicología de emergencias. Sin duda, es un tema apasionante dentro del mundo de la psicología clínica. Sin embargo, puede que haya quien intente pescar en río revuelto. ¿Qué consejos y recomendaciones le daría usted a quienes estuvieran interesados en formarse en psicología de emergencias, para que pudieran elegir adecuadamente dónde formarse?

No soy un experto en organización de docencia, pero considero que, si hablamos de formación para la intervención en emergencias, algo fundamental es la formación práctica. Por tanto, creo que es importante buscar cursos que no se centren tanto en “teorizar” sobre la psicología de emergencias, sino cursos con un porcentaje importante de orientación práctica.

Para ello, recomendaría también prestar atención a los y las profesionales que imparten dichos cursos de formación. Por desgracia, en España tenemos experiencia en la gestión y afrontamiento de catástrofes y desastres. Es por ello que han sido muchos los y las profesionales en psicología que han intervenido en dichas situaciones, y que han llevado a cabo posteriormente

estudios acerca de las actuaciones realizadas. Cursos que cuenten con estos/as profesionales probablemente sean de un buen nivel.

Por supuesto, tener una buena teoría es fundamental. Pero de nada vale una teoría si no se ha puesto en práctica y aplicado en la vida real. Por lo tanto, como idea resumen general, recomendaría formaciones que cuenten con esta doble vertiente, formaciones que aporten un marco teórico que ha sido posteriormente demostrado en la práctica en intervenciones en emergencias y catástrofes, tanto a nivel nacional, como internacional.

Queremos agradecerle a Pedro el tiempo que nos ha dedicado al Boletín de Psicoterapia para compartir sus interesantes reflexiones, que sin duda aportan mucha información de relevancia y gran utilidad.