

CÓMO Y PARA QUÉ SE HA INSTAURADO EL DISCURSO DE LA MAXIMIZACIÓN DE BENEFICIOS EN LA ESFERA PSICOTERAPÉUTICA: ANÁLISIS DE LAS EVALUACIONES DE COSTO-BENEFICIO

PAULA ASCORRA COSTA

Psicóloga

Escuela de Psicología, Universidad Católica de Valparaíso

(pascorra@ucv.cl)

Resumen. Lo que me motiva a escribir el presente artículo dice relación con la posibilidad de poder analizar el por qué y para qué se han introducido herramientas administrativas a la evaluación de los procesos psicoterapéuticos. No me motiva investigar qué tipo de intervención psicoterapéutica puede resultar más adecuada para tal tipo de problema psicológico; sino construir algunas hipótesis que justifiquen la introducción de constructos tales como eficiencia, maximización de beneficios, eficacia, efectividad, etc. al campo psicoterapéutico. También me interesa cuestionar la utilidad de instaurar ciertos modelos de explicación derivados de las “ciencias duras” al campo de la salud mental.

Para cumplir el propósito que me propongo, analizaré qué es lo que se entiende por investigaciones en análisis de costo y sugeriré quiénes legitiman la introducción de este tipo de dispositivo social en nuestras formas de vida y para qué lo hacen. Posteriormente abordaré las investigaciones publicadas tomando como referencia el metaanálisis realizado por Gabbard,- Lazar, Hornberger y Spiegel en 1997, develando las falencias que presentan los estudios publicados. Por último, en la discusión final voy a sostener que este tipo de estudio constituye un dispositivo social -validado por la administración y la economía, principalmente- mediante el cual se favorecen los intereses de actores sociales específicos, entre los cuales destacan las compañías aseguradoras de salud, el Estado y aquellas intervenciones psicoterapéuticas que poseen un marcado enfoque médico; en particular, la psiquiatría.

Palabras Claves: psicoterapia, análisis de costo, costo-beneficio, eficacia en salud mental.

INTENTANDO DEVELAR LA CONCEPCIÓN TEÓRICA Y LOS INTERESES EN JUEGO DE LAS INVESTIGACIONES EN ANÁLISIS DE COSTO

PAULA ASCORRA
COSTA

Aunque el desarrollo de la Psicología como una disciplina científica se inicia a fines del siglo XIX, contando con apenas unos 200 años de teorización formal¹, es en las últimas décadas donde ha proliferado una amplia gama de corrientes teóricas y aplicaciones psicoterapéuticas; contabilizándose más de un centenar de líneas de intervención en psicoterapia (Bagladi, Carrasco, Lira, 1992). Esta gran diversidad, sumada a una masificación en el consumo del "producto" psicoterapia ha llevado a que tanto psicólogos como pacientes, empresas aseguradoras, organismos del Estado, etc. se planteen críticamente frente al tema de la eficacia de la psicoterapia en término de resultados para los pacientes y, más recientemente, en términos de reducción de la duración de los tratamientos, disminución de los costos en dinero, etc.

Después de la lapidaria publicación de Eysenck (1952, 1966) -en donde sostenía que los índices de mejoría de las terapias eran inferiores a la ausencia de ésta², se empieza a instaurar en la década de los '50 en países industrializados -como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá- lo que se ha dado en llamar *análisis de costo para procesos psicoterapéuticos* (Jiménez 1994).

Dichos análisis se han caracterizado por estar orientados a trabajar con un segmento de problemáticas psicológicas y tratamientos psicoterapéuticos muy específicos que se han denominado «*pacientes médicos*» y «*psicoterapias médicas*», respectivamente. Dichas distinciones, como comentaré a continuación, van a operar como demarcación de lo que se puede entender por intervenciones terapéuticas susceptibles de ser estudiadas y aquellas que no vale la pena incorporar a la discusión en análisis de costo. Se comienza, de este modo, a "rayar la cancha" y explicitar las "reglas del juego" de los tipos de psicoterapia que pueden entrar en las conversaciones de eficiencia, eficacia, rendimiento y aquellas que quedan excluidas.

Jiménez (1999) define como "pacientes médicos" a aquellos individuos que padecen algún sufrimiento psicológico y/o físico el cual es susceptible de ser clasificado en alguna de las taxonomías diagnósticas existentes. A su vez, entiende por «*psicoterapia médica*» aquella práctica psicoterapéutica realizada sobre la base de una concepción teórica acerca de la salud y la enfermedad, en donde las teorías desarrolladas son capaces de explicar tanto la génesis de la enfermedad como el cambio de la misma.

Siguiendo las distinciones de Jiménez (1999) es posible preguntarse cuáles serían los enfoques psicológicos que poseen taxonomía diagnóstica. Es necesario reconocer que cuando el autor se refiere a "taxonomía" está aludiendo a las taxonomías hegemónicas y desconociendo que todo enfoque terapéutico -por muy primitivo que sea- opera realizando distinciones sobre el individuo y/o su entorno y, por lo tanto, clasificando³. Me atrevo a sostener que una amplia gama de este tipo de clasificaciones derivan del ámbito de la medicina; de hecho, la denominación que se da de "*paciente médico y psicoterapia médica*" remite a este constructo.

¹ Hay que considerar, sin embargo, que las raíces de la psicología se encuentran en los contextos sociales más primitivos. Piénsese, por ejemplo, que todo rito religioso es psicoterapéutico en alguna medida y que hay formas reales de psicoterapia que datan de antes de la instauración de la psicoterapia oficial occidental y que aún persisten en el mundo. Para mayor información revisar artículo de Gissi, "Psicoterapia y contexto cultural: notas para una investigación" en *Integración en Psicoterapia*, editado por Roberto Opazo y el Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP), 1992.

² Este tipo de afirmaciones se siguen sosteniendo hasta la fecha. Para mayor información revisar Masson, 1991 en *Juicio a la Psicoterapia* editado por Cuatros Vientos: Santiago.

³ Incluso en los rituales primitivos se construían categorías diagnósticas con respecto al estado de salud del consultante. Para mayor información revisar Gissi, (1991) *Psicoterapias y psicología comunitaria. Corporación de Promoción Universitaria CPU, N°36, Chile*

Dentro del ámbito de *las psicoterapias médicas* los autores mencionan la tan difundida taxonomía americana del DSM IV y sucesivos, el cual tiene su origen en la medicina psiquiátrica y más recientemente en la psiquiatría biológica; lo que confirma la hipótesis de la primacía de un enfoque médico-psiquiátrico por sobre uno psicológico; el psicoanálisis –aun cuando éste opere con más de una categoría diagnóstica; la terapia familiar –aunque en ella no sea posible utilizar la distinción de “paciente médico” ya que trabaja desde una perspectiva de sistema- y la terapia cognitivo conductual⁴. Quedan excluidas de este tipo de investigaciones las terapias del desarrollo del potencial humano, la terapia gestáltica, la praxis humanista y existencial, entre otras.

Llama la atención que algunos de los enfoques psicoterapéuticos considerados en los estudios de análisis de costo no se ajusten adecuadamente a las “reglas del juego” de esta línea de investigación. La incorporación del psicoanálisis y la terapia familiar resulta ser bastante ambigua. Por otra parte, la perspectiva cognitivo conductual parece calzar adecuadamente con las nociones de paciente y psicoterapia médica. ¿Por qué un enfoque médico psiquiátrico fundado en el DSM IV y el enfoque conductual cognitivo son los más apropiados para participar en el diálogo de la eficiencia y la eficacia de la psicoterapia? ¿Cuáles son las ventajas de involucrarse en este tipo de discusión? Y, finalmente, ¿quiénes se ven favorecidos con este tipo de publicaciones?

De acuerdo a Luco y Calás (1992) la razón del por qué la psicoterapia conductual cognitiva resulta ser la más apropiada para someterse a evaluaciones de análisis de costo es bastante sencilla: “las variables que miden, conductas delimitadas y susceptibles de ser sometidas a conteo y/u observación por varios jueces simultáneos y enlazadas a estímulos precedentes y/o consecuencias inmediatas témporo espacialmente son las que mejor se adecuan a las exigencias del método científico según los criterios de las ciencias naturales. Esto es, un criterio cuantitativo-mecánico” (Luco y Calás, 1992, p: 378). Del mismo modo, el DSM IV constituye los cuadros psiquiátricos en función de la presencia de una sintomatología muy delimitada y objetivable, la que es susceptible de ser evaluada por observadores distintos en tiempos distintos.

⁴ Mi interés no es realizar una enumeración exhaustiva de la práctica psicoterapéutica que posee categorías diagnóstica en la definición de Jiménez, (1999); sino ejemplificar algunas de las intervenciones consideradas en los estudios que se publican para posteriormente poder desarrollar una discusión.

Aun cuando los análisis de costo representan líneas de investigación de vanguardia principalmente en EE.UU, Inglaterra y Canadá, no es menos cierto que las distinciones que estos estudios proponen de “paciente y psicoterapia médica” se contraponen con el enfoque de Psicología de la Salud -que se viene desarrollando desde la década del '60 en Latinoamérica- y al enfoque de Salud Pública imperante en Chile desde la década del '90.

Cabe recordar que es apartir de la década del '60 que se desarrolló el enfoque de intervención psicosocial denominado “Psicología de la Salud”. Este enfoque se basa en la incorporación de variables psicosociales a la comprensión de los fenómenos relativos a la salud y el bienestar del sujeto, estimulando intervenciones de nivel comunitario, basadas principalmente

en la prevención y formuladas por equipos multidisciplinares (Grau y González, 1999). Esta perspectiva de salud se materializa en la década del '80 en Latinoamérica en los Sistemas Locales de Salud (SILOS) que hacen hincapié en un concepto integral de salud y bienestar y en la promoción de la salud por parte de la propia comunidad (Paganini y Chorny, 1990).

Es a partir de 1990 que los problemas de salud mental comienzan a cobrar importancia dentro de las políticas de Salud Pública en Chile. En 1992 el número de psicólogos contratados en el sistema Público de Salud se incrementó en un 167% y su quehacer abandonó la psicoterapia individual para diversificarse hacia el apoyo social en comunidades de riesgo social (Pemjean, Domínguez, Lavanchy y Viada 1993). Por lo tanto, se observa un cambio de foco en la perspectiva de salud que va desde la intervención psicoterapéutica individual con personas "enfermas" a la prevención colectiva de comunidades de riesgo y personas "sanas".

De los datos anteriormente expuestos, vemos claramente dos enfoques de salud mental contrapuestos que, sin embargo, coexisten en un mismo lugar y tiempo histórico. Por una parte, tenemos lo que denominaré el *enfoque médico-psiquiátrico* que se orienta a los pacientes enfermos susceptibles de ser clasificados en categorías diagnósticas de tipo universal y donde se entiende la psicoterapia como "... un proceso de interacción emocional y cognitivo, principalmente verbal, pero también no verbal, consciente y planificado, cuyo objetivo es modificar trastornos conductuales y estados de sufrimiento psíquico; este proceso se realiza dentro de un consenso – en lo posible entre el terapeuta, el paciente y su grupo de referencia- y está destinado a personas necesitadas de tratamiento. El proceso psicoterapéutico se desarrolla en dirección de una meta elaborada y definida, meta que en lo posible debe ser común a los involucrados (disminución de síntomas y/o cambios estructurales de la personalidad). La psicoterapia se lleva a cabo con técnicas susceptibles de ser aprendidas, sobre la base de una teoría y conducta normal y patológica" (Stotzka, 1975 en Jiménez, 1999b).

Por otra parte, se encuentra el *enfoque psicosocial* que se orienta al trabajo con comunidades y personas sanas, cuyo énfasis está puesto en la prevención más que en la rehabilitación o curación y donde se privilegian distinciones diagnóstica e intervenciones de tipo local. La práctica psicoterapéutica incorpora la consideración de variables históricas y culturales en la génesis y desarrollo de trastornos (Grau y González 1999).

Aun cuando es posible conjugar el enfoque médico psiquiátrico con el enfoque psicosocial en el tratamiento del proceso de salud-enfermedad, no es menos cierto que ambas perspectivas también disputan el mismo campo de intervención psicoterapéutica con creencias y visiones distintas del tratamiento de la normalidad y el de la patología. Ambas perspectivas intentarán posicionar unas creencias respecto de las otras y legitimar su visión y eficacia en el proceso salud-enfermedad.

El enfoque médico psiquiátrico, apoyado por investigaciones en análisis de costo –uno entre otros de los dispositivos sociales empleados para validarse– intenta legitimar sus intervenciones como las más eficientes en términos de mejorías para el paciente y costos asociados al tratamiento. Aceptará las intervenciones desde una perspectiva psicosocial sólo como estrategias de apoyo a los tratamientos médicos psiquiátricos. A su vez, el enfoque psicosocial se planteará como una perspectiva holística que se abocará a la comprensión de los procesos que viven las comunidades y a partir de estos datos abordará la salud y la enfermedad. No operará con categorías estándares ni universales para las comunidades en estudio.

La disputa entre los anteriores discursos y múltiples otros emergentes y existentes - “medicina alternativa” por ejemplo- son, a mi juicio, una de las causas que estarían a la base del fuerte auge que tienen las investigaciones en análisis de costo en la década del ‘90, hecho que se intensifica debido a la masificación en el consumo del “producto” psicoterapia. Desde una perspectiva discursiva, esta línea de investigación tendría por pretensión final validar un discurso del diagnóstico e intervención de la salud–enfermedad. Los análisis de costo que introducen herramientas económico-administrativas -suficientemente validadas- se constituyen en dispositivos sociales que legitiman las intervenciones de corte médico psiquiátrico por sobre otro tipo de intervención; generándose así un tipo de relación y vinculación con el proceso de salud que tiende a naturalizarse. A través del conocimiento que encierra el hecho de manejar la construcción de índices e indicadores de tipo económico traspasados al campo psicoterapéutico con un tipo de tratamiento que se ajusta adecuadamente a este tipo de operaciones se empoderan y legitiman sólo algunas visiones de la salud-enfermedad. Tras de estas operaciones se ocultan los intereses de determinados actores sociales que ven privilegiada su posición o quehacer.

Con el objeto de justificar la afirmación que anteriormente expuse, revisaré las argumentaciones que los investigadores en análisis de costo esgrimen para incentivar el desarrollo y la legitimidad de este tipo de estudios y profundizaré en una de las líneas de investigación en evaluación de costo, me refiero a los *análisis de costo-beneficio* para procesos psicoterapéuticos. Posteriormente, expondré un resumen de algunas de las investigaciones en análisis de costo recogidas por el más importante de los metaanálisis realizados en este tipo de estudio; me refiero al artículo de Gabbard y col. publicado en 1997. Como el lector podrá corroborar, los estudios realizados presentan múltiples falencias, señaladas por reconocidos investigadores como Mumford, Schlesinger, Glass, Patrick y Cuerdon (1984) y Gabbard y col (1997). Tales debilidades contribuyen a mi juicio a seguir manteniendo la pregunta acerca de a quiénes beneficia la publicación de este tipo de estudio.

¿QUÉ SON Y DESDE DÓNDE SE JUSTIFICAN LOS ANÁLISIS DE COSTO PARA PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS? ¿PARA QUÉ SE REALIZA ESTE TIPO DE OPERACIÓN?

PAULA ASCORRA
COSTA

¿Qué son los análisis de costo-beneficio?

Dentro de las investigaciones que reportan análisis de costo para psicoterapias, se distingue en la literatura, a lo menos, tres líneas de investigación distintas: los análisis de costo-efectividad (cost-effectiveness); los análisis de costo-utilidad (cost-utility) y los análisis de costo-beneficio (cost-benefit), que son los que me ocuparán en el presente documento.

Los análisis de costo-beneficio son aquellos estudios que entregan imágenes monetarizadas de la relación entre el costo de la psicoterapia y el costo del problema del paciente. Este tipo de estudio utiliza indicadores múltiples de salud, los cuales se combinan en un índice final único de salud. La idea es poder cifrar todos los costos que reporta para un paciente una intervención psicoterapéutica y restarle la cuantificación que representa el motivo de consulta o problema. Una intervención resultará eficaz en la medida en que las cifras de costo en psicoterapia sean menores a las del problema del paciente.

En los análisis de costo-beneficio, las medidas de efectividad clínica no están expresadas en términos cualitativos, sino que los beneficios que éstas reportan están debidamente cuantificados en moneda local. La monetarización de los resultados de salud ha sido ampliamente utilizada en política pública con el fin de sobrepasar la pregunta con respecto a la efectividad, para abordar el tema de la proporcionalidad de los resultados en función de los costos. En este caso, la medida de costo-beneficio es la diferencia que se produce en moneda, entre cuánto cuesta una intervención y cuánto cuestan los beneficios que se obtienen con ella. (Gabbard y col, 1997).

Si bien la evaluación de los resultados en psicoterapia tradicionalmente ha considerado la información que pueden proveer tres grupos de informantes⁵, además del terapeuta; para el caso de los «análisis de costo» cobran particular relevancia los clientes terciarios, quienes pueden entregar información relacionada con las capacidades funcionales del paciente, información que puede ser operacionalizada en indicadores susceptibles de cuantificar y posteriormente monetarizar.

El privilegiar al cliente terciario como informante válido, es decir, a aquellas personas con las cuales el paciente tiene vínculos institucionales -como podría ser su empleador, el consultorio, el colegio, la iglesia, etc.- trae como consecuencia que la elección de los indicadores más comúnmente utilizados esté representando los intereses de este tipo de actor social. Por una parte, es bastante claro que los organismos del Estado encargados de salud así como las compañías aseguradoras y administradores de ésta estén interesadas en reducir los gastos generales en salud en ítemes tales como reducción de consultas médica, días cama, reducción de exámenes, etc. El

⁵ Jiménez (1991) distingue tres tipos de informantes: el cliente primario o paciente; el cliente secundario compuesto por las personas que conforman la red social más cercana al paciente (familia, amigos, pareja); y los clientes terciarios conformados por las redes sociales institucionalizadas (empleador, organismos de la comunidad).

empleador, por su parte, estará interesado en poder cifrar ítemes como ausentismo laboral, productividad, etc. El problema que se presenta es que ninguno de estos actores está interesado en llevar a indicadores la percepción del estado de salud por parte del propio paciente, tema que abordaré un poco más adelante.

Las evaluaciones de costo-beneficio privilegian una relación de maximización entre la inversión realizada en psicoterapia y cuantificada en moneda local y los costos asociados al problema que presenta el paciente, debidamente cuantificados y monetarizados. La eficiencia está dada por la diferencia que se obtenga entre ambas variables; esperándose que una intervención psicoterapéutica sea más barata que el problema que presenta el paciente.

Luego:

Relación costo-beneficio = f (X - Y)

Donde X : Monetarización del costo de la psicoterapia.

Y : Monetarización del costo del problema; incluyendo tanto costos directos como de los indirectos.

De acuerdo a Gabbard y col (1997) los costos asociados a la implementación de intervenciones psicoterapéuticas incluyen, por lo general, los siguientes ítemes: número de horas de la intervención, honorarios del psicoterapeuta, honorarios de ayudantes y personal de apoyo administrativo, valor de materiales: textos, video, cassette, etc., arriendo de oficinas. Para el caso de aquellos tratamientos que incluyen, además, apoyo farmacológico, se incluye el valor de los medicamentos y los honorarios del profesional que se dedica a testearlos y administrarlos.

Los costos asociados al problema incluyen costos directos e indirectos. Entre los costos directos destacan el número de consultas médicas en relación con el número nacional de consultas médicas por ciudadano, número de hospitalizaciones con relación al comportamiento del paciente consigo mismo, número de exámenes de laboratorio, número de consultas al personal de apoyo (médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera a domicilio, asistente social, servicios telefónicos, etc.), fármacos utilizados, etc. Todos los indicadores anteriormente mencionados deben ser, posteriormente monetarizados.

Entre los costos indirectos destacan la disminución de la productividad laboral del paciente respecto a la productividad de un grupo de trabajadores en la misma unidad de tiempo; número de ausentismo anual del paciente, el ausentismo anual de familiares involucrados en la salud del paciente, disminución del rendimiento escolar, etc. (Gabbard y col, 1997). Todos los indicadores deben ser debidamente monetarizados.

Tal como lo anticipé, se puede observar que todos los indicadores anteriormente mencionados omiten indicadores que den cuenta de los resultados que el propio paciente percibe de su proceso psicoterapéutico. Se podría decir que no existen en estos estudios indicadores internos del

paciente y que no necesariamente los indicadores que proponen los estudios se relacionan con una mejoría en el estado biopsicosocial del individuo y/o su entorno. No necesariamente una disminución de los días de hospitalizaciones, disminución en el número de consultas al médico, disminución del número de exámenes médicos, etc. se relaciona con una mejoría del paciente. Podría darse el caso de tener a un sujeto que se siente muy mal y que no obstante esto, su conducta está altamente institucionalizada, en el sentido que responde a las reglas y parámetros de comportamiento que exigen determinadas organizaciones. Dentro de este tipo de situaciones se puede encontrar los mencionados casos de ejecutivos altamente estresados y con muy mala calidad de vida y que, sin embargo, continúan respondiendo a las demandas de las instituciones que los emplean.

Desde una perspectiva técnica el propósito que ha tenido la introducción de índices e indicadores al campo psicoterapéutico se relaciona con la posibilidad de llevar a una medida objetivable y comparable con otro tipo de intervenciones los resultados que se obtienen de los procesos psicoterapéuticos. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos realizados por universalizar y estandarizar criterios, es preciso reconocer que los indicadores que componen índices de salud continúan siendo bastante "subjetivos", en el sentido de que no existe un acuerdo compartido e instaurado en lo social que determine lo que se entiende por productividad, rendimiento escolar, compromiso con instituciones, etc. Por lo tanto, este tipo de indicadores será valorado en forma distinta dependiendo de quién evalúe los resultados de una psicoterapia y de cuándo éstos se evalúen. Luego, se presentan grandes dificultades en poder establecer comparaciones entre tratamientos distintos evaluados por agentes distintos e indicadores distintos.

¿Desde dónde se legitima la realización de este tipo de análisis?

El desarrollo de las investigaciones de costo-beneficio para procesos psicoterapéuticos ha sido apoyado principalmente por las compañías aseguradoras de salud y vida, por el Estado y por los psiquiatras y psicólogos que han intentado legitimar social y "científicamente" las prácticas que utilizan.

En consideración de que múltiples publicaciones han sostenido que la psicoterapia contribuía a disminuir los gastos en salud, tanto las empresas aseguradoras como el Estado han demostrado un gran interés por determinar qué tipo de intervención sería más eficiente para resolver los problemas de los pacientes con el menor costo monetario posible. La eficiencia en este caso estaría representando los intereses de los actores anteriormente mencionados y se traduciría específicamente en ahorro de tiempo y dinero. Es decir, sería más eficiente aquella intervención que es más rápida y más barata. Es desde este tipo de argumentación de donde se empieza a legitimar los análisis de costo para procesos psicoterapéuticos.

De acuerdo a Jiménez (1999), Florenzano y col (1990) y Penjeam y col (1993) un alto porcentaje de los pacientes consultantes a los niveles de atención primaria presentan síntomas psicológicos o trastornos mentales en forma única o bien asociados a problemas de salud física. En nuestro país, por ejemplo, entre el 30% y el 50% de los pacientes que consultan al médico general presentan trastornos emocionales o psicológicos (Jiménez, 1999; Penjeam y col, 1993). Los autores sostienen que en el nivel primario de salud, los médicos poseen una escasa formación en el área de la salud mental y un insuficiente entrenamiento en técnicas psicoterapéuticas, lo que hace que haya un pobre reconocimiento de las variables psicológicas intervinientes en los cuadros que presentan los pacientes. Esta situación de ausencia de diagnósticos certeros lleva a los pacientes a realizar múltiples consultas dado que sus dolencias no ceden y a los médicos a demandar exámenes innecesarios; todo lo cual repercute, finalmente, en un aumento del costo de la salud para los principales agentes interesados.

Asociado a lo anterior, se ha demostrado que la utilización de psicoterapia unida a tratamiento médico y quirúrgico en enfermedades de gravedad aumenta la adherencia al tratamiento y disminuye el tiempo de recuperación del paciente. En investigaciones realizadas en pacientes con cáncer, especialmente en niños y paciente diabéticos, se ha podido constatar que el apoyo psicológico favorece una actitud de cooperación hacia el tratamiento y de aceptación de la enfermedad lo que redundará en una actitud de auto responsabilidad y auto cuidado por parte del paciente, lo cual disminuye las consultas médicas y el gasto en salud. (Jiménez, 1991; Luzoro, 1999).

Es debido a que diversas investigaciones afirmaron que las intervenciones psicoterapéuticas contribuyen a la disminución del gasto en salud de una gran variedad de patologías de tipo orgánico, que las compañías aseguradoras de salud -apoyadas principalmente por médicos psiquiatras y psicólogos- y organismos del Estado incentivaron y apoyaron el desarrollo de esta línea de investigación.

¿Para qué se realiza este tipo de operación?

De acuerdo a Poytner (1994) las principales unidades de negocio involucradas en el "mercado" psicoterapéutico son las compañías administradoras de atenciones de salud -que obtienen ganancias de la administración del cuidado de las personas-; las compañías de seguros -incluyendo tanto los seguros de salud como los seguros de vida que en el último tiempo se han visto en la necesidad de cubrir los costos de las psicoterapias-, y el Estado -que a través de su rol subsidiario de salud intenta levantar información pertinente que le permita controlar el creciente gasto público en salud.

Además de los agentes mencionados por el autor, cabe señalar que existe otro grupo de actores sociales altamente interesados en poder demostrar la eficacia de sus intervenciones y de poder diferenciarse de otro tipo de tratamientos psicoterapéuticos; ellos son los psiquiatras, psicólogos, asis-

tentes sociales y "caounseling" de enfoques muy específicos de tratamientos, entre los que destaca el enfoque psiquiátrico, particularmente la psiquiatría biológica, el enfoque conductual cognitivo, el enfoque psicoanalítico y la terapia familiar.

Hasta aquí podría parecer que las hipótesis que expongo se fundamentan sólo en un análisis de tipo semántico de las definiciones teóricas de esta línea de investigación y de la distinción de indicadores que se utiliza; sin embargo, desde un análisis metodológico de las investigaciones que revisaré a continuación se puede constatar que las conclusiones que sostienen múltiples estudios -en los cuales se afirma que determinados tipos de psicoterapia disminuyen el gasto en salud- son, por decir lo menos, muy aventuradas y no cuentan con datos para argumentar las tesis que sostienen. En palabras de Luco y Calás (1992:377), "No importa cuántos ni cómo hayan sido realizados estos trabajos, los resultados tienen unas conclusiones que, como lo señala Rachman (1976), corresponden a resultados optimistas y hasta entusiastas que provienen de trabajos defectuosos desde el punto de vista metodológico o a resultados desalentadores que provienen de trabajos rigurosos".

ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS EN INVESTIGACIONES DE COSTO-BENEFICIO PARA PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS

Para la presentación de los hallazgos encontrados en la literatura con relación al análisis de costo en procesos psicoterapéuticos, revisaré parcialmente los resultados del metaanálisis realizado por Mumford y col (1984) y profundizaré en algunos de los hallazgos reportados por Gabbard y col (1997).

En 1984 Mumford y col publicaron una revisión de 58 estudios diseñados para investigar los efectos que producen las intervenciones psicoterapéuticas; de éstos, 26 de ellos eran estudios naturalísticos de series temporales que comparaban la utilización de cuidado médico antes y después de la realización de psicoterapia. Los otros 32 estudios tenían un diseño experimental, en donde los pacientes se asignaban aleatoriamente a condiciones de tratamiento con psicoterapia y sin psicoterapia.

Después de los análisis pertinentes, los autores concluyeron que en el 85% de los estudios revisados se reportaba un decrecimiento en la utilización de servicios de cuidado médico por parte de los pacientes y que las intervenciones psicoterapéuticas, para aquellos estudios experimentales, reducían a 1.5 los días de hospitalización en comparación con un promedio de hospitalización de 8.5 días para el grupo control. Por lo tanto, se planteaba a la psicoterapia como una medida eficaz en la reducción de los costos asociados a salud.

No obstante los alentadores resultados, a juicio de Gabbard y col (1997) el gran problema que presenta el citado metaanálisis es la baja validez externa y, por lo tanto, la dificultad para generalizar los resultados a la población total de personas que utilizan este tipo de tratamiento. Esto se debe a que

este tipo de diseño de investigación se realiza en condiciones de laboratorio, lo que supone grupos de pacientes bastantes homogéneos y un setting terapéutico muy controlado; situación que se aleja bastante de la actividad clínica que se realiza cotidianamente. Todas las investigaciones que posteriormente analizará Gabbard y col (1997) presentarán el mismo problema.

En 1997 Gabbard y colaboradores publican un metaanálisis en el cual realizan una revisión de un total de 686 artículos editados entre 1984 y 1994 en relación con el tema de análisis de costo en psicoterapia. Cuarenta y un artículos que cubrían un total de 35 investigaciones fueron seleccionados por utilizar psicoterapia como medida de intervención médica y reportar medidas de resultado psicoterapéutico, de los cuales se podrían inferir los costos asociados tanto al proceso psicoterapéutico como al problema del paciente. De estos 41 artículos se seleccionaron 18 para realizar el análisis de costo, pues contaban con un diseño experimental que permitían la comparación de resultados entre grupos control.

A continuación expondré y comentaré algunas de las 18 investigaciones analizadas por Gabbard y col (1997).

Scott & Freeman (1992 en Gabbard, 1997) utilizando un total de 121 pacientes que presentaban depresiones mayores no psicóticas y que fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos de tratamientos, esto es: tratamiento prescrito por psiquiatras con amitriptilina, terapia cognitivo conductual realizada por un psicólogo, consejería realizada por un trabajador social y la rutina tradicional de tratamiento que se empleaba para este tipo de pacientes y que incluía antidepresivos, consejería y otras medidas de apoyo- reportaron que todos los tratamientos diseñados exhibían un efecto positivo en la sintomatología depresiva transcurridas 16 semanas de intervención. Sin embargo, la intervención realizada por el trabajador social fue la mejor evaluada por los autores, en función de la relación costo-beneficio. Los autores especularon que las intervenciones realizadas por especialistas (psicólogos y psiquiatras) podrían prevenir la sintomatología depresiva a largo plazo y, en este sentido, las conclusiones costo-beneficio podrían haber sido diferentes.

De un análisis acucioso de las investigaciones en costo-beneficio el mismo Gabbard y col (1997) constató que la determinación de los resultados psicoterapéuticos y la consignación de los costos de la psicoterapia y del problema de los pacientes no estaba –en ninguno de los estudios revisados- suficientemente especificado. Es decir, las investigaciones no explicitaban qué se iba a entender por resultado terapéutico; tampoco especificaban cómo estos resultados se monetarizarían ni cómo se obtendría el cálculo de los costos del proceso. La investigación anteriormente citada, como la totalidad de las subsecuentes que mencionaré, presenta el problema anteriormente señalado. Es decir, cuando las investigaciones reportan mejorías en la sintomatología, los artículos publicados no especifican cuáles fueron los cambios que se produjeron.

Además de la falencia ya mencionada, la investigación de Scott y Freeman

(1992) si bien establece que todos los grupos exhibían un efecto positivo en la sintomatología depresiva; queda poco claro que dicho efecto sea explicado por el uso de psicoterapia, ya que de los cuatro grupos experimentales utilizados, dos introdujeron fármacos en su intervención. Luego, no es posible afirmar, para estos casos, que sea la psicoterapia la que reduce los gastos en salud. Resulta llamativo, también, que el mayor éxito lo haya presentado el grupo cuya intervención la realizó un asistente social y con una intervención de "consejería", intervención que de acuerdo a Jiménez (1999) no se ajustaría a la denominada "psicoterapia médica". Más patética resulta aún la justificación del tipo condicional contra fáctico que especula que una intervención realizada por especialista (psicólogos y psiquiatras) tendría efectos a largo plazo.

En 1991 Hogarty, Anderson, Reiss, Ulrich & Carter (en Gabbard, 1997) realizan una investigación con pacientes esquizofrénicos en la que concluyen que los grupos que recibieron terapia familiar mostraban significancias estadísticas en la medición de los resultados de la intervención con respecto a otro grupo de pacientes que no recibieron este tipo de tratamiento. El cálculo de los costos de las intervenciones en salud no era información disponible de la investigación; sin embargo y, de acuerdo a los autores, dicha información podía ser inferida, demostrando una disminución en los costos de salud en las intervenciones que utilizaron la terapia familiar. El análisis de costo realizado posteriormente por Tarrier, Lowson & Barrowclough en 1991 (en Gabbard, 1997) concluyó que la modalidad de terapia familiar tenía particulares ventajas para familias con pacientes esquizofrénicos que manifestaban una alta expresión de sus emociones.

Nuevamente, las cifras que expone Tarrier y col (1991 en Gabbard 1997) son criticables; en primer lugar porque la investigación que diseñó Hogarty y col (1991 en Gabbard 1997) pretendía demostrar la eficacia de la psicoterapia familiar en términos del alivio para el paciente y/o su familia y no en términos de reducción de costo; y, en segundo lugar, porque no se reporta la inferencia de los costos de los problemas de los pacientes. Dada la ausencia de este procedimiento característico en investigaciones en análisis de costo es difícil hablar con propiedad respecto de la eficacia en costo que reportaría esta investigación.

Spiegel y Wissler (1987 en Gabbard 1997) demostraron que las consultas familiares realizadas en el hogar a familias que tenían un miembro de ellas con esquizofrenia reducían significativamente el gasto en hospitalizaciones durante los tres primeros meses. Del mismo modo, Vaughan, Doylew, McConaghy, Blaszczymsky, Fox y Tarrier en 1992 (en Gabbard, 1997) reportaron que tanto las intervenciones breves de terapia familiar que incluía al paciente esquizofrénico, miembro del proceso, como las terapias familiares de larga duración reportaban buenos resultados tanto en medidas de salud como en medidas de costo.

Las tres investigaciones anteriormente citadas, esto es, Hogarty y col (1991); Spiegel & Wissler (1987) y Vaughan y col (1992) reportan una disminución

de costo para aquellos tratamientos realizados con psicoterapia en pacientes esquizofrénicos. Dado que ninguna de las tres investigaciones reporta lo que se iba a entender por resultado terapéutico y en consideración que la intervención recibida correspondía, en todos los casos, a terapia familiar, es posible preguntarse si la disminución de costos que demuestran los autores se explicaría por una mejoría del paciente o por un fortalecimiento de la red de apoyo familiar. Esta información no está disponible en el artículo; sin embargo, me parece que la introducción de la terapia familiar dentro de los análisis de costo beneficio perturba las distinciones y requerimientos que plantea este tipo de estudio. Anteriormente señalé que esta línea de intervención opera con lo que se denomina "paciente médico y psicoterapia médica". Desde una perspectiva sistémica no es posible hablar de "paciente médico" lo que cuestiona la introducción de este tipo de intervenciones en estos análisis.

En el estudio realizado por Linehan, Armstrong, Suárez, Allmond & Heard (1991; en Gabbard, 1997) se concluyó que para trastornos de personalidad borderline existían diferencias significativas en ahorro de tiempo y costo en el uso de terapia conductual dialéctica, de una frecuencia de una sesión por semana, tanto en la modalidad individual como grupal, en comparación con el grupo control, el cual recibió el «tratamiento usual» en la comunidad que contemplaba solamente 20 sesiones de psicoterapia por año. Considerando que el costo de un día de hospitalización cuesta entre 4 y 7 veces más que una hora de terapia conductual a la semana, los autores concluyeron que el costo total de la intervención conductual dialéctica era mucho menor para los pacientes que la recibieron, estimándose un ahorro para cada uno de ellos de US\$ 10.000 por año.

Del mismo modo, en un estudio con un diseño pre-post, realizado con pacientes que presentaban desórdenes de personalidad borderline, Stevenson y Meares (1992 en Gabbard, 1997) reportaron diferencias significativas en los resultados de intervención y disminución de los costos para aquellos pacientes que fueron tratados con psicoterapia psicodinámica individual dos veces a la semana. Después de un año de psicoterapia, los meses de hospitalización se redujeron a la mitad, los meses de ausentismo laboral bajaron de 4.5 meses al año a 1.4; las visitas médicas al año disminuyeron a un séptimo y la admisión en hospitales se redujo a dos quintos; todo lo cual indicaría una significativa reducción de los costos en salud por el uso de psicoterapias (Gabbard, 1997).

Al igual que para el caso de la esquizofrenias son sorprendente, los resultados que reportan las investigaciones desarrolladas por Linehan y col (1991 en Gabbard 1997) y Stevenson y Meares (1992 en Gabbard 1997) en donde se concluye que la psicoterapia obtiene buenos resultados en pacientes borderline. Aun cuando mencioné con anterioridad que durante el presente documento no pretendía evaluar la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico en relación a otro, por lo que no me corresponde manifestar si para pacientes borderline o esquizofrénicos la praxis psicoterapéutica es mejor o peor que otro tipo de intervención, es llamativa la información

que reportan los estudios revisados. De las 18 investigaciones examinadas por Gabbard (1997), la psicoterapia estaría beneficiando algunos de los desórdenes más severos, tales como esquizofrenia, desórdenes afectivos bipolares y personalidades borderline, diagnósticos que muchas veces requieren de hospitalizaciones. El tema que no se discute en los documentos publicados, pero que Gabbard (1997) deja traslucir en la edición de su metaanálisis es la incongruencia que se presentaría entre los datos que presentan las anteriores publicaciones y los datos que exhiben otro tipo de investigaciones en donde se plantea una baja eficacia de la psicoterapia para pacientes borderline y esquizofrénicos, tal es el caso de las publicaciones de Otto Kernberg (1984).

Considero importante señalar que las investigaciones en costo-beneficio, como lo mencioné anteriormente, no necesariamente están evaluando el estado de mejoría del paciente, sino los beneficios que reportan este tipo de investigaciones para lo que se ha denominado el informante terciario. En términos monetarios, obviamente es eficiente una praxis que logra reducir los costos en salud. Dado que la severidad de los trastornos anteriormente mencionados requieren -en ocasiones- de hospitalización, son precisamente este tipo de diagnóstico los que mejores resultados reportan en la relación costo beneficio.

En una investigación experimental realizada con pacientes diagnosticados con desórdenes de ansiedad, se concluyó que, después de un año de tratamiento, los pacientes intervenidos con terapia conductual, realizada por una enfermera terapeuta, exhibían mejores resultados terapéuticos y menores costos que el grupo control. Como medida de resultado se utilizó el ausentismo laboral (Gabbard, 1997).

En estudios realizados con pacientes opio-dependientes, distribuidos aleatoriamente en tres grupos de tratamiento, en donde el primero utilizó solamente metadona; el segundo, metadona y consejería de orientación conductual; y el tercero, metadona y servicios de enlace como consejería, disponibilidad de psiquiatra «full time» y apoyo en terapia familiar, se demostró que los grupos que utilizaron psicoterapia presentaron mejores resultados y menores hospitalizaciones y, por lo tanto, reducción de los costos en salud (McLelland, Arndt, Metzger, Woody & O'Brian, 1993).

Aun cuando la evaluación directa de costos, nuevamente, no fue realizada en la presente investigación, los autores estimaron que la reducción en el costo de hospitalizaciones era mayor que el gasto en psicoterapia, lo que reportaría una adecuada relación de costo-beneficio para el caso de las psicoterapias (Gabbard, 1997). Los autores tampoco señalan ni argumentan cómo se realizó dicha estimación.

Retzer, Simon, Weber, Stierlin, Schmidt (1993 en Gabbard, 1997) concluyeron que las intervenciones con terapia familiar disminuían el número de hospitalizaciones en pacientes con desórdenes afectivos. A estos pacientes se les determinó el número de hospitalizaciones pre-post intervención psicoterapéutica. El número total de sesiones recibidas de psicoterapia fue de

6.6 sesiones; esto traducido a costos significa que el costo total de las intervenciones realizadas equivalía al costo de un día cama de hospitalización.

Klarreich, Di Giuseppe, Di Mattia (1987 en Gabbard, 1997) realizaron un estudio con un grupo de pacientes que presentaban diagnósticos mixtos. Se utilizó psicoterapia racional emotiva como una parte de un programa de asistencia a empleados de la compañía North American Oil. Los pacientes recibieron en promedio 4.1 sesiones de tratamiento. Se reportaron fuertes efectos en la disminución del ausentismo laboral, lo que, según los autores, tendría un gran impacto en la reducción de costos.

A continuación se presenta un cuadro resumen de la revisión realizada por Gabbard (1997) donde comento las principales falencias que presentan las investigaciones:

Tabla N°1. Tabla resumen de investigaciones, conclusiones y falencias de los estudios en análisis de costo para procesos psicoterapéuticos reportados por Gabbard y col (1997).

| AUTOR Y AÑO DE INVESTIGACIÓN TIPO DE INVESTIGACIÓN CONCLUSIONES PUBLICADAS | FALENCIAS DE LAS INVESTIGACIONES |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Scott y Freeman 1992</p> <p>Diseño experimental de distribución aleatoria. Tipo de paciente: Depresiones mayores no psicóticas</p> <p>Grupo1: Amitriptilina. Grupo2: Tpia Cond-Cog Grupo3: Consejería Grupo4: Rutina Tradicional</p> <p>Se realizó una cuantificación de costos por tipo de intervención y se compararon resultados y costos. Todas las intervenciones reducían sintomatología a las 16 semanas de tratamiento. La intervención en el grupo 3 fue la mejor evaluada en la relación costo-beneficio. Esta intervención fue realizada por un asistente social.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- De los resultados del grupo control N°1 y N°4 no se puede afirmar que la psicoterapia disminuya los costos en salud. 5.- Intervención realizada en grupo N°3 no se adecua a la definición de "psicoterapia médica" solicitada por este tipo de estudios. |
| <p style="text-align: center;">Hogarty y col 1991 & Tarrier y col 1991</p> <p>Diseño experimental de distribución aleatoria. Tipo de paciente: esquizofrénico</p> <p>Grupo experimental: Terapia Familiar Grupo control: Tratamiento sin terapia.</p> <p>La modalidad de terapia familiar tiene ventajas en los resultados tanto para las familias como para los pacientes esquizofrénicos.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- La psicoterapia familiar no se ajusta claramente a una concepción de "psicoterapia médica" exigida para este tipo de estudios. 5.- El cálculo del costo no era información disponible de la investigación. 6.- No queda claro si la reducción de costo se debe a una mejoría del paciente o al fortalecimiento de su red de apoyo. |

| | |
|---|---|
| <p>Spiegel y Wissler 1987</p> <p>Diseño experimental de distribución aleatoria. Tipo de paciente: Esquizofrénico.</p> <p>Grupo experimental: Consulta familiar en el hogar. Grupo control: Sin Consulta familiar en el hogar.</p> <p>Las consultas familiares en el hogar reducen los costos de salud medidos en gastos realizados por día de hospitalización.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- Parece sorprendente que la psicoterapia presente un alto rendimiento en el análisis de costo con relación a la farmacoterapia. |
| <p>Linehan y col 1991</p> <p>Diseño experimental aleatorio. Tipo de paciente: Personalidad borderline.</p> <p>Grupo experimental: Terapia Conductual en modalidad individual y grupal. Grupo control: Sin intervención psicoterapéutica.</p> <p>Los costos totales en salud fueron menores para aquellos pacientes que recibieron terapia conductual dialéctica; estimándose el ahorro en US\$ 10.000 por paciente al año.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- Parece sorprendente que la psicoterapia presente un alto rendimiento en el análisis de costo para personalidades borderline. |
| <p>Vaughan y col 1992</p> <p>Diseño experimental de distribución aleatoria. Tipo de paciente: Esquizofrénico.</p> <p>Grupo experimental: Consejería en Terapia Familiar. Grupo control: Sin apoyo psicoterapéutico.</p> <p>En estudios posteriores realizados por el mismo autor, las psicoterapias familiares reportaban reducción de costo.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- Parece sorprendente que la psicoterapia presente un alto rendimiento en el análisis de costo con relación a la farmacoterapia. |
| <p>Mc. Lelland y col 1993</p> <p>Diseño experimental aleatorio. Tipo de paciente: opio dependiente</p> <p>Grupo 1: Metadona Grupo 2: Metadona y consejería de orientación conductual. Grupo 3: Metadona y servicios de enlace (Psiquiatría y terapia familiar).</p> <p>Se reportó mejores resultados terapéuticos y ahorros en los costos para los grupos que recibieron psicoterapia.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- No se realizó la estimación directa de costos. |

| | |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">Retzer y col 1992</p> <p>Diseño experimental pre-post. Tipo de paciente: Desórdenes Afectivos. Intervención: Terapia Familiar. Reportaron disminución en los días de hospitalización. La monetarización del total de sesiones recibidas fue inferior al costo de un día cama de hospitalización</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- La psicoterapia familiar no se ajusta claramente a una concepción de "psicoterapia médica" exigida para este tipo de estudios. |
| <p style="text-align: center;">Steavenson y Meares 1992</p> <p>Diseño experimental pre-post Tipo de paciente: Personalidad borderline. Intervención: Terapia dinámica de 2 veces de frecuencia a la semana por año. Post intervención psicoterapéutica se redujo a la mitad los meses de hospitalización. El ausentismo laboral se redujo de 4.5 meses a 1.5 mes. Las visitas médicas se redujeron a 1/7 y las visitas a hospitales a 2/5.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. 4.- Parece sorprendente que la psicoterapia presente un alto rendimiento en el análisis de costo para personalidades borderline. |
| <p style="text-align: center;">Klarreich y cols 1987</p> <p>Diseño experimental pre-post. Tipo paciente: Trabajadores North American Oil. Intervención: Terapia racional. Con un promedio de 4.1 sesiones de terapia, se observó una disminución significativa del ausentismo.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Baja validez externa. 2.- Resultados terapéuticos no estaban especificados con antelación. 3.- No hay una monetarización del problema del paciente. |

DISCUSIÓN FINAL

La revisión de los estudios publicados entre 1984 y 1994 provee suficiente evidencia para afirmar que las intervenciones psicoterapéuticas reducen costos en el tratamiento de algunos de los desórdenes mentales. La esquizofrenia, las depresiones bipolares y los trastornos de personalidad borderline fueron los diagnósticos que exhibieron los mejores resultados en evaluación de costo beneficio. Sin embargo, y tal como lo expuse anteriormente, todas las investigaciones presentan un número importante de limitaciones, lo que cuestiona la posibilidad de continuar sosteniendo este tipo de afirmaciones.

Más que interesarme identificar cuál intervención terapéutica resulta ser más efectiva en término de resultados o menos costosa en términos monetarios, mi inquietud en el presente trabajo se orienta, como ya lo he mencionado, a intentar construir alguna respuesta que ilumine la pregunta del por qué esta línea de investigación ha tenido un gran auge en la década del '90 no obstante los importantes problemas metodológicos y de incon-

sistencia teórica que presenta y que he intentado identificar y desarrollar en los anteriores párrafos. En otras palabras, cómo, para qué y quiénes han instaurado este discurso –el de la maximización de los beneficios– en la esfera psicoterapéutica⁶.

Recogiendo ideas anteriormente presentadas he comentado que la introducción de herramientas administrativas al campo de la psicoterapia se explicaría por el proceso de consumo masivo que ha recibido el producto “psicoterapia” a partir de la década de los ‘70 y debido a la instauración de una racionalidad técnico instrumental proveniente del ámbito económico-administrativo que ha invadido el campo de la vida cotidiana y, por lo tanto, ha penetrado en las ciencias sociales.

La sociedad se ha “psicologizado” y “psiquiatrizado” (Castel, F., Castel, R., Lowell, 1990); basta observar la tremenda demanda social que existe por temas de salud mental y el interés creciente en los medios de comunicación masiva por tópicos psicológicos y por la participación de expertos de esta área en programa radiales y de televisión⁷. Al mismo tiempo, la psicoterapia se ha *mercantilizado*, lo que implica que la transacción del producto “psicoterapia” incorpora a agentes externos al proceso psicoterapéutico mismo, dado que son agencias administradoras de salud quienes gestionan tipo y duración de la “mercancía” que le es atribuida a un paciente. La “mercantilización” también implica que la psicoterapia entra en el juego del mercado; por lo tanto quienes adquieren este producto –pero particularmente quienes lo administran– exigen las garantías de calidad y precio que supone cualquier tipo de transacción económica. En este contexto, las investigaciones de costo beneficio vienen a proporcionar indicadores “objetivos” que permiten establecer comparaciones entre “productos psicoterapéuticos”.

Bajo esta lógica de mercado, parecería adecuado y oportuno determinar cuál tipo de intervención es la más eficiente; de tal modo de distribuir en forma racional los recursos de salud de un país, en donde siempre éstos son escasos. Pero dado que las investigaciones presentan tal número de debilidades, éstas no pueden responder al objetivo que se plantean. Es decir, no es posible generalizar los resultados que Gabbard obtiene de su metaanálisis (1997). Aún más, aunque este tipo de investigaciones cumpliera todos los criterios de rigurosidad científica, se mantiene la pregunta de a quién beneficia este tipo de análisis.

Dado que los principales agentes involucrados en el tipo de contrato a través de los cuales se puede acceder a psicoterapia son las compañías administradoras de salud, las compañías aseguradoras de vida y el Estado – todos los cuales en los últimos años se han visto en la necesidad de cubrir este tipo de gastos–, las investigaciones en análisis de costo se han transformado en una potente herramienta que permite a los anteriores actores comerciales *controlar el gasto en salud*. Como ya he señalado, el tipo de indicadores e índices que utilizan estos estudios pone en evidencia el tipo de intereses y los agentes que participan en la legitimación del discurso de la maximización. No es casual que los indicadores más utilizados sean: N^o

⁶ Para una evaluación más detallada de las falencias que presentan estas investigaciones revisar el metaanálisis de Gabbard y col (1997) *The economic impact of psychotherapy: a review. American Journal of Psychiatry, vol. 154, N^o2: 147-155.*

⁷ Basta constatar los extensos ensayos del psiquiatra Sr. Peña y Lillo en el apartado de Artes y Letras del periódico de mayor divulgación del país, me refiero a El Mercurio de Santiago y el fuerte énfasis en una psiquiatría biológica. Por otra parte, tenemos la participación de la psiquiatra la “Doctora Cordero” y del psiquiatra Marco Antonio de la Parra en innumerables programa radiales y de televisión.

de días de hospitalización, N° de consultas médicas, N° de exámenes médicos, ausentismo laboral, productividad laboral, rendimiento escolar. Lo que demuestra este tipo de indicador es que la evaluación del estado de salud de un paciente supone tres importantes cuestiones:

1°. El estado de bienestar de un sujeto es evaluado por un agente externo al proceso psicoterapéutico y relacionalmente indirecto al paciente; es decir, no es ni el paciente, ni el terapeuta ni su red social más cercana (familia, amigos, pareja) quienes evalúan el desarrollo y resultado de la psicoterapia. Esta responsabilidad recae en lo que algunos investigadores han denominado los "informantes terciarios" lo que correspondería a todas aquellas personas que participan de las redes sociales institucionalizadas del paciente; es decir, el empleador, el profesor, el contralor de la isapre, representantes de organismos comunales.

Las consecuencias de la introducción de este tipo de dispositivo social que tiende a estabilizarse y legitimarse en contextos en donde prima una racionalidad técnico instrumental, radica en que se excluye totalmente al paciente de la evaluación de su propio proceso terapéutico y se tienden a olvidar importantes cambios cualitativos que experimentan los pacientes, los que tienen un fuerte impacto en su calidad de vida; cambios que difícilmente se pueden cifrar en indicadores comunes y universales a muchos sujetos.

2°. La concepción de salud supuesta en esta línea de investigación, implícitamente sostiene que un tratamiento es eficiente en la medida en que reduce los gastos totales de la enfermedad. Considero que es un indicador válido la reducción de gasto de un tratamiento siempre y cuando ésta vaya asociada a indicadores internos generados por el paciente y/o su red social más cercana y que se oriente al estado biopsicosocial del sujeto.

Las consecuencias que se desprenden de la consideración de salud en los términos anteriormente señalados están impactando -enormemente a mi juicio- las formas de vida social; las cuales se estarían focalizando en la *institucionalización y funcionalidad* que podría tener la acción humana para la sobrevivencia de organizaciones y empresas. Los hallazgos sociológicos de las últimas décadas hacen pensar que el concepto de salud mental es una categoría ideologizada (Gissi, 1991; Gyarmati, 1992); por medio de la cual los individuos que poseen particulares visiones de la vida, la sociedad y el sujeto encierran a otras categorías morales e incluso políticas. Bajo esta perspectiva lo "sano" implicaría decir: yo soy responsable, yo soy comprometido, yo soy productivo, yo soy trabajador. Y lo "enfermo" implicaría decir: yo soy inútil, yo soy irresponsable, yo soy improductivo, yo soy conflictivo. Es decir, los indicadores de salud apuntarían a construir un sujeto que sea principalmente funcional a las organizaciones (colegio, empresa, isapres).

3°. Se consideran terapias válidas sólo aquellas que operan con categorías diagnósticas cuantificables, objetivables y universalmente aplicables a

cualquier tipo de paciente en cualquier contexto histórico. Obviamente se está desconociendo que la concepción de salud es cultural e histórica.

¿Cómo se explica que este tipo de racionalidad económica esté penetrando tan fuertemente el campo de la salud? ¿Por qué, psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, etc., han privilegiado este enfoque?

Anteriormente señalé que los agentes sociales que se ven beneficiados con este tipo de dispositivo son las compañías aseguradoras y administradoras de salud y el Estado, principalmente; sin embargo, también es preciso reconocer que algunos terapeutas han visto favorecida su posición con la introducción de este tipo de herramientas.

Es evidente que en los últimos años ha aumentado enormemente la oferta de psicólogos y asistentes sociales –producto del nacimiento y desarrollo de un gran número de universidades e institutos privados- al mismo tiempo que múltiples tratamientos de medicina alternativa comienzan a ser valorados por sujetos que poseen dolencias relacionadas con su salud mental⁸. Las intervenciones en el área psicoterapéutica se han diversificado a tal modo que actualmente coexisten terapeutas chamanes, tarotistas, expertos en flores de Basch, masajistas corporales, profesionales con título universitario de diferentes corrientes teóricas, etc.

Tradicionalmente ha sido muy complejo evaluar los resultados psicoterapéuticos, situación que se ha complejizado aún más debido a la extensa oferta de intervenciones en salud mental. Los análisis en evaluaciones de costo-beneficio han llegado en el momento preciso para operar como herramienta de distinción y legitimación social sólo de algunos de la amplia gama de tratamientos que se ofrecen; poniendo al margen de contratos con isapres y aseguradoras de salud otro tipo de intervenciones psicoterapéuticas.

Las herramientas económicas, suficientemente validados en la esfera social, han sido incorporadas al ámbito de la salud mental. Utilizando esta legitimación y aprovechando la instauración de la lógica técnico instrumental, psiquiatras y psicólogos han intentado validar sus propios procedimientos técnicos, posicionando así su particular enfoque terapéutico. No es extraño que sea la orientación propia de la psiquiatría y el enfoque conductual cognitivo los que mayormente se vean beneficiados con este tipo de investigaciones. Debido a que estas perspectivas trabajan con variables que miden conductas delimitadas y susceptibles de ser sometidas a conteo y/u observación por varios jueces en forma simultánea, por lo que se adaptan adecuadamente a los enfoques más mecánicos y economicistas.

La pregunta que ronda el análisis anteriormente realizado interroga acerca de la existencia o no existencia de una intencionalidad en la introducción de este tipo de indicadores al ámbito de la salud mental con el objeto de favorecer a determinados e identificables agentes sociales. Pues bien, considero que la mantención del discurso de la maximización es el producto

⁸ Asún (1990 en Jiménez 1995) calcula para el año 2000 más de 4.000 psicólogos en Chile; una evidente sobreoferta.

de una estructura que debe su eficacia a las inclinaciones que ellas mismas desencadenan y que contribuyen a su reproducción. El poder del discurso de la maximización no puede ejercerse sin la contribución de quienes lo soportan porque lo construyen como tal, sólo lo que hacemos sostiene lo que hacemos. Luego existe un proceso recursivo en donde desde la posición de determinados agentes sociales se incorpora este tipo de lógica que es aceptada, reproducida y mantenida por otros. La construcción práctica de este discurso lejos de ser un acto intelectual consciente, libre y deliberado de unos "sujetos aislados" es en sí mismo el efecto de un poder y una lógica que se inscribe en lo social como formas de esquemas de percepción y evaluación de la salud.

Finalmente, quisiera mencionar que el hecho de que aún no contemos con criterios de aplicabilidad de una cierta clase para dar cuenta de lo que entendemos y producimos con las intervenciones psicoterapéuticas, no implica que el proceso que se viva en este tipo de intervenciones sea inválido o no se comprenda. El maniobrar con la noción de exactitud, en el sentido de poder dar cuenta o responder por lo que una praxis terapéutica produce, tampoco ofrece una gran ayuda; pues, como Wittgenstein (1953 en Searle 1986) observó, la exactitud es siempre relativa a algún propósito.

Creo que los intentos de descubrir criterios para procesos psicoterapéuticos son efectivamente –si se los interpreta de manera apropiada– intentos de explicar lo que hacemos y los resultados que logramos con este tipo de prácticas. Sin embargo, considero que los criterios seleccionados deberían orientarse a la significación que de la psicoterapia se tiene por parte de quienes trabajan en el área y, especialmente, por parte del paciente. Lo que deseo señalar es que allí donde ciertos modelos de evaluación no logran dar cuenta de los resultados de ciertas praxis, son los modelos los que deben examinarse y no sólo el tipo de intervención realizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Asún, D. (1990) Formación de psicólogos: Situación actual. Proyección de necesidades para el año 2000. (Manuscrito) en Jiménez, JP (1995). Un modelo de análisis del sistema de atención psicoterapéutica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 33 : 237-250.
- Bagladi, V., Carrasco, E., Lira, M. (1992) Convergencias y divergencias en psicoterapia. *Integración en psicoterapia*. CECIDEP: Santiago, Chile.
- Castel, F., Castel, R., Lowell, A. (1990) *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.
- Eysenck, HJ (1952) The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, Vol 16, 319 – 324.
- Eysenck, HJ (1966) *The effects of psychotherapy*. International Science Press: New York.
- Florenzano, R., Acuña, J., Fullerton, C., López, S., Aylwin, W., Quinteros, M., Marchandón, A. (1990) *Frecuencia, características y manejo de los pacientes con desórdenes emocionales atendidos en el nivel primario*. Manuscrito.

- Gabbard, G., Lazar, S., Hornberger, J., Siegel, D. (1997) The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, Vol 154, N°2, 147 – 155.
- * Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss DJ., Ulrich RF., Carter M. Family psychoeducation, social skill training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenic patients: two years of a controlled study on relapse and adjustment. (1991) *Arch gen psychiatry* vol 48: 340-347.
- *Klarreich S.,H., Di Giuseppe R., DiMattia DJ., (1987). Cost effectiveness of an employee assistance program with rational emotive therapy. *Professional Psychology*, 18: 140-144.
- *Linehan M.M., Armstrong H.E., Suárez A, Allmon D., Heard H.L., (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 1060-1064.
- *McLelland A., T., Arndt I., O., Metzger D., S., Woody G., E., O'Brien C., P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 269: 1953-1959.
- *Retzer A., Simon F., B., Weber G., Stierlin H., Schmidt G. (1993). A followup study of manic-depressive and schizoaffective psychoses after systemic family therapy. *Family Process*; 30: 139-153.
- *Scott, A., Freeman, C. (1992). Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *Behavior Medical Journal* 304: 884-887.
- *Spiegel, D., Wissler, T. (1987), Using family consultation as psychiatric aftercare for schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* N° 38: 1096 – 1099.
- *Stevenson J., Meares R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 149: 358-362
- *Tarrier N., Lowson K., Barrowclough C. (1991) Some aspects of family interventions in schizophrenia II: financial considerations. *British Journal Psychiatry*, 159: 481-484.
- *Vaughan K., Doyle M., McConaghy N., Blaszczynski A., Fox A., Tarrier N. (1992). The Sidney intervention trial: a controlled trial of relatives' counseling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatric Epidemiology*; 27.
- Gissi, J., (1991) Psicoterapia(s) y psicología comunitaria. *Corporación de Promoción Universitaria (CPU)*, N° 36. Chile.
- Gissi, J., (1992) Psicoterapia y contexto cultural: notas para una investigación. *Integración en psicoterapia*. CECIDEP: Santiago, Chile.
- Grau, J; González, U., (1999). Ética, calidad de vida y psicología de la salud en Luzoro, J. (1999), *Psicología de la salud*. Bravo y Allende: Santiago, Chile.
- Gyarmati, G. (1992). Salud mental y sociedad: problemas conceptuales y metodológicos. *Corporación de Promoción Universitaria (CPU)*, N° 43. Chile.
- Jiménez, J., P. (1991). El campo de la psicoterapia: definiciones y desafíos. *Corporación de Promoción Universitaria (CPU)*, N° 38. Chile.
- Jiménez, J., P. (1992). Descripción del sistema chileno de prestaciones en salud mental con especial énfasis en psicoterapia. *Corporación de Promoción Universitaria (CPU)*, N° 50. Chile.
- Jiménez, J., Florenzano, R., Buguñá, C., Sarnoff, R., Vega, S. (1994). El sistema de servicio de atención de psicoterapia en Chile frente a los desafíos del presente y del futuro. *Corporación de Promoción Universitaria, Estudios Sociales*, 79:85-115.

- Jiménez, J.,P. (1995). Un modelo de análisis del sistema de atención psicoterapéutica. *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 33 : 237-250.
- Jiménez, P.J. (1999). *Investigación en psicoterapia*. Documento de trabajo Doctorado en Psicología, Universidad de Chile. Manuscrito, Santiago de Chile.
- Kernberg, O. (1984) *Severe personality disorders*. New Haven Yale University: USA.
- Luco, A., y Calás, H. (1992). Integración: después de la caída del muro qué?. *Integración en psicoterapia*. CECIDEP: Santiago, Chile.
- Luzoro, J. (1999). *Psicología de la salud*. Bravo y Allende: Santiago, Chile.
- Masson, J. (1991). *Juicio a la psicoterapia*. Cuatro Vientos: Santiago, Chile
- Mumford E., Schlesinger, H.,J., Glass G.,V., Patrick C., Cuedon, T. (1984). A new look al evidenceabout reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Americam Journal Psychiatry*, 141: 1145-1158.
- Paganini, J., Chorny, A. (1990). *Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa*. Organización Panamericana de la Salud: USA.
- Pemjean, A., Domínguez, R., Lavanchy, S., Viada, A. (1993). Psicoterapia en el nivel primario de salud chileno. *Corporación de Promoción Universitaria (CPU)*, N° 50. Chile.
- Poytner, W. (1994). *The preferred provider´s handbook: building a succesfull private therapy practice in the marketplace*. Brunner/mazel: New York.
- Searle, J. (1986). *Actos de habla*. Cátedra: Madrid España.