



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 23 – Invierno 2019

¿Cuál es el lugar de la Psicoterapia, y de la Psicoterapia de Grupo, en los Servicios de Salud Mental?

Rosa Gómez Esteban¹

Índice

- 1.- Introducción.
- 2.- La eficacia de las terapias psicoanalíticas.
- 3.- Nuestras prácticas psicoterapéuticas.
- 4.- ¿La Psicoterapia tiene un lugar en los Servicios de Salud Mental Públicos?
- 5.- La Psicoterapia, un objetivo prioritario en los Programas de coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.
- 6.- Los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica”. Espacios grupales para la sensibilización a la psicoterapia de pacientes y profesionales.
- 7.- La Formación en Psicoterapia.
- 8.- Las psicoterapias de grupo.
- 9.- Conclusiones.

¹ Gómez Esteban R., Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo, y Ex Secretaria General de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental (A.E.N.). Didacta y Supervisora clínica de F.E.A.P. Docente Área 3. Fundadora y Ex Secretaria del C.I.R. (Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal).

“La psicoterapia es un tratamiento de la psique..., y el instrumento esencial es la palabra... los pobres tienen todo el derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano, las neurosis amenazan tan gravemente la salud del pueblo como la tuberculosis... Esta psicoterapia para el pueblo tomará los elementos más importantes y eficaces del psicoanálisis”. (Freud²)

“El éxito que la terapia pueda obtener en el individuo habrá de obtenerse igualmente en la colectividad”. “Tratando psicoanalíticamente a vuestros enfermos les ofrecéis el tratamiento más eficaz que hoy poseemos contra sus dolencias” (Freud³)

1.- Introducción

Freud cuestiona la psiquiatría clásica y la concepción biológica de la enfermedad mental y muestra los mecanismos psíquicos en la psicopatología a finales del s. XIX. Afirma en “Psicología de las masas y análisis del yo”, 1920, que la psicología individual es social. Y que el orden social genera modos de relación que son internalizados y que influyen en el modo de pensar, sentir y hacer del sujeto. Formula la teoría psicoanalítica y descubre el “inconsciente” y la “cura por la palabra”. Y asimismo la importancia de la “asociación libre” del paciente para conocer las formaciones del inconsciente (entre ellos, los síntomas y los sueños, que son la vía regia al inconsciente).

Señala que para que una idea produzca psicopatología ha de ser inconciliable con la moral del sujeto, por eso se reprime o se rechaza y se producen los síntomas; que son el retorno de lo reprimido, en el caso de la neurosis. En la psicoterapia psicoanalítica individual y de grupo que realizamos en los Servicios de Salud Mental utilizamos la teoría psicoanalítica y la grupal. Intervenimos sobre la “realidad psíquica” de los pacientes y sobre el “latente grupal”. Realizamos una atenta escucha de los “síntomas”, y los leemos como manifestaciones permanentes del inconsciente en una doble lectura, la del sentido, y la del “goce” displacentero que hace sufrir al sujeto.

Freud al inicio de su teoría plantea que el recuerdo de lo olvidado y la descarga de la tensión es suficiente para la desaparición de los síntomas. Pero la experiencia analítica le muestra que los síntomas insisten porque en el hombre hay una tendencia a la repetición. El descubrimiento de la compulsión a la repetición, la psicósomática, los sueños postraumáticos y la transferencia negativa le permiten observar uno de los conceptos más importantes de su teoría, la pulsión de muerte.

Junto a la pulsión de vida que se refiere al amor a los otros, a sí mismo, a los deseos y proyectos, Freud señala la tendencia del hombre a repetir el dolor, lo displacentero. Es la

² Freud S. Los caminos de la terapia analítica. En Obras completas III. Madrid: Biblioteca Nueva;1973.

³ Freud S. El porvenir de la terapia analítica. En Obras completas II. Madrid: Biblioteca Nueva;1973.

satisfacción que descubre en el síntoma y la tendencia del hombre a insistir en lo que le hace sufrir y que denomina pulsión de muerte⁴. Este concepto es fundamental porque nos permite acercarnos a lo incomprensible, a la idea y al hecho de que el hombre va contra sí mismo. La pulsión de muerte la constatamos en los sujetos, en los grupos, las instituciones y lo social; y en el día a día cotidiano de nuestra relación con los otros. Esta pulsión de muerte la evidenciamos en la política, las guerras, y en todos los ámbitos de nuestra existencia, por ejemplo, en las instituciones sanitarias y sociales de las que formamos parte.

La pulsión de muerte nos muestra que la vía del sentido es insuficiente para la resolución de los síntomas. De ahí el carácter interminable del análisis, si no se tiene en cuenta la otra cara del síntoma freudiano, la satisfacción pulsional. Este aspecto del síntoma le lleva a Lacan a descubrir su concepto de “goce”, que es displacentero y produce mucho sufrimiento al sujeto. Esta satisfacción pulsional hace comprensible su apego al síntoma, por ello su resolución requiere otro tipo de intervenciones diferentes a las del desciframiento del síntoma. Es decir, no se trata sólo de “qué quiere decir” el síntoma, sino de “cómo goza el sujeto” en ese síntoma.

La pulsión de muerte también nos es de mucha utilidad para leer los síntomas de nuestras instituciones de salud mental, por ejemplo, para comprender lo incomprensible del escaso lugar que se le deja a la psicoterapia cuando debería ser la principal estrategia terapéutica de los Servicios de Salud Mental (S.S.M). En muchos Centros la psicoterapia individual y grupal apenas tiene un lugar, cuando deberían ser el instrumento terapéutico de elección en la red asistencial. Ya que las psicoterapias nos permiten conocer la complejidad de las psicopatologías y los mecanismos inconscientes que determinan los síntomas y los modos de vinculación del sujeto.

Los ataques a la psicoterapia psicoanalítica en los servicios públicos son habituales, por ello deberían promoverse investigaciones que dejaran constancia de la eficacia de estas psicoterapias. Estas estrategias son de gran interés y muy eficaces porque además de mejorar la psicopatología, pueden producir cambios y transformaciones en el sujeto.

En nuestro país, el borrador del “Plan de protección frente a las pseudoterapias” promovido por tres Ministerios de nuestro país (Sanidad, Educación y Ciencia) atacaba a algunas de las psicoterapias que se realizaban en nuestros Servicios de Salud Mental. En los documentos de algunas Asociaciones que habían elaborado el borrador se ponía en cuestión la validez de algunas psicoterapias, entre ellas, las psicoterapias psicoanalíticas. Las Asociaciones científicas de nuestro campo, que no habían participado en dicho Plan, se pusieron en marcha para defender los tratamientos que realizaban sus profesionales. La A.E.N. (Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental) y la F.E.A.P. (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia) elaboraron un documento en defensa de algunas de estas psicoterapias y, sobre todo, de las psicoanalíticas, al ser el esquema referencial teórico-práctico de muchos de sus profesionales.

⁴ D’Agostino L. Bases psicoanalíticas del pensamiento pichoniano. Buenos Aires: Ed. Cinco; 1997.

El interrogante acerca de la “evidencia científica” de las psicoterapias es un emergente que vuelve a resurgir como un fantasma una y otra vez. Del mismo modo que los síntomas del sujeto, de los grupos y de las instituciones, aquellas cuestiones que no fueron resueltas vuelven a emerger en una “compulsión a la repetición”. Y, como decíamos, la repetición es un concepto fundamental imprescindible para conocer la condición humana, y también la de los grupos y las instituciones.

Los cuestionamientos que se plasmaban en los documentos de algunas Asociaciones no tenían en cuenta las conclusiones de las investigaciones realizadas acerca de la validez de algunas psicoterapias, entre ellas, las psicoanalíticas ⁵, ⁶, ⁷, ⁸. La negación de lo investigado nos lleva a la reflexión acerca de los intereses de las orientaciones teórico/técnicas mejor situadas. En general investigan aquellas psicoterapias que quieren promover y, por tanto, en sus numerosos estudios terminan concluyendo lo que querían afirmar, es decir, que sus psicoterapias si tienen evidencia científica.

Este ambiguo borrador ministerial de nuestro país volvió a reabrir los numerosos temas pendientes: el lugar de la psicoterapia en los Servicios de Salud Mental, la validez de las diferentes psicoterapias, las psicoterapias prioritarias en los servicios públicos, etc. Este nuevo debate que se ha reabierto nos permite insistir de nuevo en la necesidad de utilizar y priorizar las prácticas psicoterapéuticas, no en función de intereses y posiciones de poder, sino en función de las necesidades, demanda y psicopatología de los pacientes.

2.- La eficacia de las terapias psicoanalíticas

En las diferentes posiciones de dos Asociaciones muy reconocidas a nivel mundial observamos las peleas y los intereses de poder en el campo de las psicoterapias. La Asociación Americana de Psiquiatría, a mediados del siglo XX, hizo una declaración reclamando una mayor formación en psicoterapia para los psiquiatras americanos. En aquellos años, 1950, esa afirmación significaba la reivindicación de una mayor formación en “psicoterapia psicodinámica”, que era la orientación dominante entre los psiquiatras.

Esta propuesta fue decisiva para la respuesta en 1952 de la Asociación Americana de Psicólogos. Eysenck, su representante, en su documento criticaba a la Asociación de Psiquiatras planteando que no existía suficiente evidencia experimental de que la psicoterapia dinámica fuera útil para lograr los resultados que se pretendían. Desde entonces se han realizado numerosos ensayos para poner a prueba la eficacia de las intervenciones basadas en algunas orientaciones (sobre todo, las conductistas y las cognitivo-conductuales).

⁵ Mitjavila M. Investigación y aportaciones de Peter Fonagy, una revisión desde el 2002 al 2012. Temas de Psicoanálisis. 2013; nº 5

⁶ Ribé JM. Psicoterapia psicoanalítica grupal con psicótico: teoría y adaptaciones técnicas. Temas de psicoanálisis. 2017; 13

⁷ Korman V. Psicoterapia vs Psicoanálisis. Asociación Madrileña de Psicoterapia Psicoanalítica. 2006; 2:7-38.

⁸ Frisch S. La psicoterapia psicoanalítica dentro del espacio socio - político de Europa. ¿Llega la peste? Ponencia XII Congreso SEPYPNA, Gerona, oct. 1999.

Las psicoterapias psicoanalíticas han realizado menos estudios porque estas investigaciones son más complejas y muy costosas desde el punto de vista económico^{9, 10, 11}. En cualquier caso, y de acuerdo con Liria¹², aunque hubiera más pruebas de la eficacia de unas orientaciones sobre otras, de ello no se puede deducir que las psicoterapias cognitivo-conductuales sean superiores a las otras. Y cuando las investigaciones han seguido criterios rigurosos no se han podido demostrar diferencias; y tampoco sustentar la superioridad de las intervenciones de una escuela psicoterapéutica sobre las otras. Seguimos al autor cuando señala que la falta de superioridad de unas intervenciones terapéuticas sobre las demás fue señalado en los años 30 (Rosenzweig, 1936); refrendado en las investigaciones de los 70 (Luborsky et al., 1975); y certificado en los 90 a través del riguroso metaanálisis de Wampold y colaboradores (Wampold et al., 1997).

Y Liria es muy contundente cuando plantea: “nos preocupan las posibles manipulaciones cuando se alude a la -evidencia científica- al hablar de psicoterapias; pero nos indigna, si el objetivo es afirmar que la única que tiene evidencia científica es la terapia cognitivo-conductual”.

Las teorías y técnicas cognitivo-conductuales han tenido gran influencia en la formación de los psiquiatras y psicólogos de nuestro país. Durante todos estos años, las Facultades de Psicología prácticamente sólo han impartido enseñanza en estas teorías y técnicas. Del mismo modo, en los libros de Psiquiatría y Psicología estas teorías han sido predominantes, y con frecuencia se han recomendado como el tratamiento psicoterapéutico más beneficioso para las diversas patologías, y en algunos casos, como el único tratamiento eficaz.

Hemos de ser conscientes de que los resultados de la medicina basada en la evidencia científica hacen una hipervalorización del uso de las pruebas basadas en ensayos clínicos¹³. Y, por otro lado, que para valorar los estudios realizados es preciso tener en cuenta la precariedad de nuestro sistema diagnóstico; y la alta comorbilidad y concurrencia de diagnósticos. La hiperinflación de diagnósticos sintomáticos y no estructurales es cada vez es más preocupante; ya que realmente velan a los jóvenes profesionales la realidad de los padecimientos de sus pacientes.

La Asociación de Psiquiatría Americana dio un vuelco en investigaciones más recientes, como resultado de diversos trabajos concluyó que la mayoría de los pacientes mejoraban si eran tratados con psicoterapia. Afirmaba que la psicoterapia era tan eficaz como el tratamiento psicofarmacológico, y más eficaz que la ausencia de intervención, la lista de espera, el

⁹ Shedler, J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*. 2010; 65 (2), 98-109.

¹⁰ Calvo AB. Estudio de la eficiencia de una psicoterapia grupal en paralelo para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. 2014.

¹¹ Sunyer JM. Psicoterapia de grupo grupo-analítica. La co-construcción de un conductor de grupos. Madrid: Biblioteca Nueva; 2008.

¹² Fernández Liria A. Algunas reflexiones sobre la práctica pública y la integración de las psicoterapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 1999; 4 (3): 203-213.

¹³ Pérez Álvarez, M., “Anatomía de la psicoterapia, el diablo no está en los detalles”. *Rev. Clínica contemporánea*. 2013; vol. 4, nº 1, 2013:5-28.

placebo (se demostró frente a la píldora placebo, no frente a una psicoterapia placebo). Concluyó que las psicoterapias breves eran eficaces para los trastornos leves y moderados; y las psicoterapias de mayor duración en los más graves y trastornos de personalidad. Y subrayaba que se habían utilizado metodologías inapropiadas para el estudio de la psicoterapia; ya que sus diseños imitaban los estudios realizados con los fármacos.

La Asociación Americana de Psicólogos, en 2012, por otro lado, también reconoció la eficacia de las diversas psicoterapias en todos los trastornos psicológicos. Y constató que las terapias de conducta, las cognitivo-conductuales, las psicoanalíticas, las dinámicas, las humanistas, y las sistémicas eran eficaces de acuerdo con los estándares de la medicina basada en la evidencia. Concluía que estas psicoterapias eran eficaces, y que todas tenían los mismos resultados, más allá de las técnicas que utilizaran.

Pero en 2010, dos años antes, Shedler¹⁴, miembro de esta Asociación, concluía en su amplio estudio comparativo entre psicoterapia psicoanalítica y conductual, que las psicoterapias psicoanalíticas promovían cambios estructurales y no sólo conductuales. Y además evidenciaba que las psicoterapias psicoanalíticas ofrecían mayores garantías de éxito terapéutico a largo plazo, debido a que promovían cambios emocionales y cognitivos. Si embargo, las conductuales sólo posibilitaban un cambio “intelectualizado”. Y también concluía que en todas las psicoterapias, la “alianza terapéutica” se había mostrado un factor muy relevante.

Los resultados eran muy interesantes porque además mostraban que las psicoterapias psicoanalíticas reducían la demanda asistencial en un 80%. Y ello era debido a que ponían en marcha procesos psicológicos que promovían el cambio, incluso después de finalizado el tratamiento. Citaban trabajos de Fonagy en los que se había concluido que después de 5 años de finalizado el tratamiento con una psicoterapia psicoanalítica, sólo el 13% de los pacientes borderline mantenían los criterios diagnósticos vs. el 87% de los que habían recibido tratamiento habitual. Datos muy significantes y relevantes para aplicarlos en nuestra tarea asistencial, de formación e investigación.

El autor, por otro lado, criticaba la idea que “las diferentes terapias tuvieran resultados equivalentes”, el denominado “efecto dodo” en los estudios de Luborsky y Singer. Consideraba que estos estudios tenían fallos en la metodología y subrayaba que sólo se centraban en resoluciones sintomáticas. Señalaba carencias importantes porque no incluían la mayoría de los fenómenos y efectos que se producen en la psicoterapia psicoanalítica.

Schedler concluye que cuando la psicoterapia psicoanalítica incluye variables que son fundamentales, como la “alianza terapéutica” y el abordaje de las relaciones interpersonales, obtiene mejores resultados que la terapia conductual. Y sugiere realizar un cambio en el tipo de herramientas para investigar y estudiar este tipo de fenómenos. Hizo una interesante propuesta, la elaboración de un método clínico acordado por terapeutas

¹⁴ Garnés Camarena, O. Reseña del libro de Shedler, J. “The efficacy of psychotherapy”. American Psychologist 2010; 65 (2), 98-109.

pertencientes a diferentes orientaciones teóricas. Y la utilización de una metodología que evaluara un amplio rango de fenómenos psicológicos, tanto normales como patológicos¹⁵.

En nuestro país los trabajos de investigación sobre psicoterapia son escasos, por eso es una tarea pendiente que tenemos que abordar. Precisamos demostrar la eficacia de las investigaciones en psicoterapia psicoanalítica, aunque su realización sea compleja y difícil. Necesitamos investigar el material de nuestra clínica diaria, las psicoterapias psicoanalíticas individuales, grupales, familiares y multifamiliares, en las que tenemos una larga experiencia. Y reivindicar colectivamente el apoyo institucional a estas investigaciones en la red asistencial de Salud Mental. Es un trabajo pendiente que debemos realizar para no perdernos en el laberinto de investigaciones motivadas por intereses que no son los nuestros.

Sabemos que las estrategias psicoterapéuticas psicoanalíticas han demostrado ser muy eficaces, y que tienen muy buena acogida entre pacientes y familiares. Hemos de colaborar con otros profesionales en el diseño de instrumentos que permitan evaluar nuestras estrategias psicoterapéuticas; para de este modo, realizar comparaciones fiables entre los distintos estudios. Y, por otro lado, esforzarnos también en responder a aquellos que siguen descalificando la validez de las teorías psicoterapéuticas psicoanalíticas, a pesar de haberse evidenciado sus buenos resultados.

La reflexión e investigación de nuestras prácticas psicoterapéuticas permitirá conocer cuáles son las más eficaces en función de la demanda de los pacientes y las psicopatologías. Y también implementar aquellas que tienen mayor capacidad para disminuir las crisis, recaídas e ingresos de las personas que nos consultan. Debemos garantizar la mayor eficacia, pero también la mayor eficiencia de nuestros tratamientos a largo plazo. Teniendo en cuenta los recursos y los instrumentos más pertinentes para que el sujeto logre cambios subjetivos y una mejor integración en sus diferentes grupos de pertenencia (familiar laboral y social).

3.- Las prácticas psicoterapéuticas en los S.S.M.^{16, 17, 18}.

De acuerdo con Fernández Liria¹⁹ la atención a la Salud Mental atraviesa una crisis profunda, y reflexionar sobre ello requiere necesariamente hablar de psicoterapia. Es sabido que no se siguen las continuas recomendaciones de todas las guías de práctica clínica, que aconsejan el uso de la psicoterapia como tratamiento. Estas recomendaciones no son escuchadas por las autoridades sanitarias ni por los profesionales y, por lo tanto, menos aún por los pacientes que las desconocen. Sabemos que la grave crisis económica sufrida a nivel socioeconómico

¹⁵ Anexo 1.

¹⁶ Johnstone L, Boyle M. El marco de Poder, Amenaza y Significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo, Rev. A.E.N. 2019; vol. 39 (136):155-175.

¹⁷ Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la Salud Mental. La óptica de las narrativas. Rev. A.E.N. 2019; vol. 39 (136):175-189.

¹⁸ González Torres M. A. Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria. Rev. A.E.N. 2019; vol. 39 (136): 189-203.

¹⁹ Fernández Liria A. ¿Por qué hablar de psicoterapias en el Sector Público? Rev. A.E.N. 2019; vol. 39 (136):147-155.

en 2008 evidenció la importancia de los factores psicológicos y sociales en las problemáticas y procesos de la salud-enfermedad mental. Pero, a pesar de la crisis económica, y de los enormes costes en psicofármacos, las instituciones han seguido basándose en el modelo biológico de la enfermedad y en la negación de los factores psico-sociales.

Los intereses económicos de la industria farmacéutica y las negaciones de los responsables y profesionales, a lo largo de los últimos años, han sido el origen de la precariedad de la psicoterapia en nuestra red de Salud Mental. Y también de la escasa formación psicoterapéutica en nuestro país; como se insiste en algunos cuadernos técnicos de la AEN. Los profesionales que quieren formarse como psicoterapeutas deben costeárselo en el ámbito privado. La situación ha permanecido durante largos años, a pesar de las recomendaciones de las Asociaciones Científicas.

El premio Nobel del año 2000, el psiquiatra y neurocientífico Kandel, fue uno de los portavoces de la relevancia de la psicoterapia. En su trabajo desarrollaba varios principios, el quinto afirmaba que la psicoterapia era efectiva y producía cambios en el comportamiento de larga duración. Y que estos cambios modificaban el patrón anatómico de las interconexiones entre las células nerviosas del cerebro. También insistía en la necesidad de combinar el fármaco con la psicoterapia para lograr una mejor evolución de las psicopatologías; ya que se había evidenciado que el tratamiento farmacológico como único tratamiento era una estrategia insuficiente.

En España, a pesar de la crisis y de los altos costes económicos de los psicofármacos, se ha abusado de la medicación. Se han medicado incluso las reacciones al duelo normal, los trastornos de adaptación y las patologías leves. En la mayoría de los casos debido a la falta de tiempo o a la larga lista de espera a Salud Mental desde Atención Primaria. El uso de psicofármacos antes de la derivación a Salud Mental ha sido una práctica frecuente, lo que ha generado como efecto un aumento exponencial en el uso de psicofármacos.

Los costes en farmacia han ido aumentando de manera alarmante a lo largo de los últimos años, y se han acrecentado por el elevado coste de los nuevos antipsicóticos; un gasto farmacéutico que ha supuesto un porcentaje importante en los presupuestos de Salud Mental. Se ha realizado una excesiva prescripción, porque no hay recursos suficientes en Atención Primaria, ni en los S.S.M. Por cuestiones de tiempo es muy difícil realizar encuadres pertinentes de psicoterapia individual; pero, por otro lado, tampoco se han facilitado las psicoterapias de grupo. Las denominadas “psicoterapias individuales” han sido más bien “entrevistas terapéuticas”; porque se realizaban con una periodicidad claramente insuficiente, y sin encuadres claros de finalización. Y la psicoterapia grupal, que podía haberse garantizado en encuadres semanales (breves, intermedios o prolongados según la psicopatología), no ha tenido los suficientes apoyos institucionales.

Uno de los muchos emergentes, que podríamos señalar, de la falta de apoyo institucional ha sido la distribución de la carga de trabajo. Los pocos psiquiatras y psicólogos que realizaban psicoterapia de grupo, en algunos casos hasta tres grupos terapéuticos semanales, tenían que asumir el mismo número de pacientes nuevos que sus compañeros. Y en algunos Centros, los pacientes de los grupos no eran incluidos en el programa informático; la

institución, de esta manera, boicoteaba la puesta en marcha de nuevas estrategias terapéuticas. En estas circunstancias, el psiquiatra o el psicólogo tenían que coordinar el grupo terapéutico, incluir a los pacientes en el programa informático, señalar en cada historia la información del paciente, y dejar constancia de los cambios de medicación que se habían indicado en el grupo terapéutico.

Asimismo, como coordinador del grupo tenía que encontrar tiempo para reflexionar sobre el material grupal junto a los residentes; y enseñarles a detectar los emergentes individuales y grupales para que ellos pudieran mostrarlos en la lectura de emergentes de la sesión siguiente. A pesar de estas dificultades, para alguno de nosotros era muy importante transmitir nuestro deseo por los grupos terapéuticos. Pretendíamos estimular su interés y deseo por la psicoterapia de grupo, y que aprehendieran sobre el “discurso grupal” y las transferencias grupales, que son los factores terapéuticos centrales de la psicoterapia de grupo. Queríamos transmitir a los residentes nuestro deseo de que la psicoterapia de grupo fuera la herramienta esencial en el quehacer clínico en Salud Mental.

Queríamos mostrarles que las teorías psicoanalíticas y las grupales psicoanalíticas eran muy consistentes; ya que nos ofrecían un conocimiento acerca del sujeto, del padecimiento subjetivo, del síntoma y del tratamiento. Y que estas teorías eran fundamentales porque nos enseñaban a pensar la psicopatología desde lo intrapsíquico y familiar, desde lo vincular e intersubjetivo, y desde lo grupal y social. Nuestra propuesta con los grupos terapéuticos era que aprehendieran que la subjetividad se genera en la relación con el Otro, en las relaciones intersubjetivas, y en los vínculos con los otros.

Como primera presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la A.E.N. tuve un papel muy activo en la elaboración del documento de Constitución de la Sección. Proponíamos como objetivo que las psicoterapias individuales, de grupo y familiares tuvieran un lugar prioritario en la cartera de servicios de la red asistencial (Documento de fundación, junio de 2015, ver en web de la Sección). La Sección se constituía por el deseo de muchos profesionales que reivindicaban que la psicoterapia de grupo, en sus diferentes modalidades, ocupara un lugar relevante en la estrategia psicoterapéutica de los Servicios de Salud Mental (S.S.M.), y también en los programas de formación de los residentes en psiquiatría y psicología, y de la continuada.

Los miembros de la Sección de Psicoterapia de Grupo contaban con larga experiencia en estas psicoterapias y las habían utilizado en todas las psicopatologías durante largos años; tanto en la patología leve como en la moderada y grave. En los pacientes más graves combinada con la menor dosis de medicación posible. Algunos compartíamos un objetivo que nos parecía central, que las psicoterapias fueran el tratamiento de elección para la mayoría de las patologías psicológicas y psiquiátricas, ya fuera como tratamiento único o combinado. Este objetivo es importante porque, de acuerdo con la O.M.S., las problemáticas psicopatológicas están alcanzando cotas cada vez más altas entre la población, y éstas son una de las causas más significativas de morbimortalidad y discapacidad a nivel mundial.

Asimismo, es preciso que los psiquiatras y psicólogos potencien la terapia familiar y multifamiliar en el trastorno mental grave, ya que estos espacios terapéuticos han tenido

menos presencia en la red asistencial. El trabajo con el grupo familiar, por las necesidades de los pacientes, ha sido realizado por algunos trabajadores sociales y por enfermería. Por ello, es importante mejorar también la formación de estos profesionales, para que sus instrumentos sean más eficaces. Las intervenciones familiares y la psicoterapia del grupo familiar son instrumentos relevantes, pero requieren la formación pertinente. En esta área es imprescindible la coordinación entre los profesionales que trabajan con varios miembros de la misma familia. Las intervenciones y tratamientos de los diversos miembros de la familia han de estar articulados, ya que con frecuencia las intervenciones han quedado disociadas, por dificultades en la comunicación y por no poder compartir objetivos entre los terapeutas.

4.- ¿La psicoterapia tiene un lugar en los Servicios de Salud Mental Públicos?

La relevancia de la psicoterapia en algunos países de la Unión Europea es tan significativa que la han incluido en la denominación de la propia titulación. Los especialistas de Suiza y Alemania, desde hace años, tienen el título de “Psiquiatría/Psicología y Psicoterapia”. Esta sugerente denominación es emergente del buen lugar que dan a la psicoterapia, y el título muestra que consideran a la psicoterapia como un instrumento fundamental en el tratamiento de las problemáticas y patologías de la salud mental.

La situación actual en nuestro país es diversa en función de las diferentes instituciones; en un extremo, están aquellas que dejan a la disciplina en un “no lugar”, otras que le dan un cierto lugar y, las menos, que han dado un lugar significativo a la psicoterapia. Este panorama poco halagüeño se debe a que la mayoría de los responsables institucionales no se han ocupado de ubicarla en el lugar que le corresponde. Es evidente la influencia del paradigma biológico en esta situación; muchos psiquiatras formados en este modelo han privilegiado la oferta de psicofármacos. Y muchos psicólogos, por su formación universitaria, han realizado exclusivamente psicoterapia cognitivo-conductual.

Para que la psicoterapia no tenga un lugar precario en nuestro país se precisa su regulación en todas las Instituciones de Salud Mental. La función psicoterapéutica de los profesionales y de las instituciones ha de ser el objetivo principal de las Oficinas Regionales de Salud Mental. Sólo de este modo, los profesionales tomarán una actitud activa para formarse como psicoterapeutas y ofrecer psicoterapias regladas a las personas que acuden a nuestras consultas. Y los pacientes, por otro lado, han de desear el cambio subjetivo y demandar estos tratamientos para aliviar su sufrimiento; pero sabemos que este cambio requiere que previamente la institución los reconozca y promueva.

Es preciso, por tanto, que los gestores de los Servicios de Salud Mental y los responsables de las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y Psicología se hagan protagonistas en la reivindicación de la introducción real de la psicoterapia en la red asistencial, y en los programas de formación e investigación. La psicoterapia será la principal estrategia terapéutica en el sistema público, si estas Comisiones proponen contenidos teóricos pertinentes y regulan las prácticas grupales psicoterapéuticas en los programas de formación de los psiquiatras y psicólogos. Es labor de los responsables de Salud Mental transmitir la relevancia de la psicoterapia. Es preciso un reconocimiento explícito de la

psicoterapia en los programas asistenciales y de formación, es decir, acreditar las horas suficientes a la formación en psicoterapia, y a las prácticas de la clínica grupal, en sus diversas modalidades. De tal modo, que los profesionales al terminar su residencia estén acreditados para el ejercicio de la psicoterapia.

Las Comisiones Nacionales tienen que acreditar sólo a aquellas Unidades Docentes que cumplan los requisitos. Es decir, aquellas que puedan garantizar las psicoterapias individuales, grupales, familiares y multifamiliares para formar a los residentes. Y los responsables de los Centros de Salud Mental y de la red asistencial han de velar y comprometerse en ofrecer psicoterapias con encuadres claramente explicitados en cuanto a objetivos, tiempo y duración. Es importante que apoyen a aquellos profesionales que las realizan, y que estimulen a los que puedan tener más resistencia para ponerlas en práctica.

La psicoterapia tendrá el lugar que le corresponde en los Servicios de Salud Mental, si previamente ha ocupado un lugar significativo en el pensamiento y deseo de los gestores y responsables de la institución; sólo después podrá estar en el deseo de los profesionales y pacientes como colectivo. Si la psicoterapia es un proyecto de la institución, los profesionales y pacientes la reconocerán como un instrumento terapéutico fundamental para mejorar el sufrimiento subjetivo. De otra manera, si persisten las actitudes de resistencia para abordar las problemáticas humanas a través de la palabra, se favorecen los falsos debates que surgen periódicamente acerca de si las psicoterapias son válidas y si tienen evidencia científica.

La psicoterapia es una estrategia terapéutica capaz de disminuir y mejorar los síntomas; y el “plus” que ofrecen las psicoterapias psicoanalíticas es que son capaces de producir cambios subjetivos en los consultantes. Es preciso centrarse en las condiciones que hagan posible la implementación de las psicoterapias en todos los Centros, y evitar las comparaciones entre las diferentes psicoterapias; a no ser que se realicen estudios rigurosos de investigación. Lo importante es estimular progresivamente el desarrollo de las psicoterapias y de sus diferentes modalidades (individual, grupal, familiar y multifamiliar) en la red asistencial. Y posteriormente investigar las prácticas psicoterapéuticas concretas para elegir aquellas que sean más eficaces y eficientes para nuestros pacientes y para el sistema de Salud Mental.

El desarrollo pertinente de la psicoterapia en el ámbito público permitirá dar respuesta a algunos interrogantes, entre ellos:

- ¿Qué demandas y patologías se pueden beneficiar de la psicoterapia?
- ¿Qué teorías y técnicas psicoterapéuticas, en función de las características del paciente, de su demanda y de su patología?
- ¿Cómo ha de realizarse la psicoterapia, y cuáles son sus condiciones de posibilidad?
- ¿Cuándo la psicoterapia ha de ser el tratamiento de elección?
- ¿En qué psicopatologías la psicoterapia ha de utilizarse como único tratamiento?
- ¿Cuándo combinar la medicación con psicoterapia?
- ¿Cuándo combinar medicación-psicoterapia con otras estrategias psicoterapéuticas, grupos de apoyo, rehabilitación o sociales?

- ¿Qué encuadres psicoterapéuticos: individuales, grupales o familiares; y durante cuánto tiempo?

La reflexión sobre esta disciplina se dará si se le ofrece el lugar que le corresponde a la psicoterapia en los S.S.M. Su desarrollo permitirá responder a los interrogantes que nos preocupan, con qué tipo de pacientes, demandas y diagnósticos. Asimismo, qué tipo de encuadres proponer: individuales, grupales, familiares o multifamiliares (definiendo tiempo, duración con un inicio y fin claramente explicitado, y un número límite de sesiones). Y en el caso de la psicoterapia grupal preguntarse si se realizan en grupos homogéneos o heterogéneos, en función de edades y psicopatologías.

En los Centros ha sido habitual que los pacientes asistieran simultáneamente a las consultas de psiquiatra y psicólogo; citas simultáneas sin encuadres claros, ni objetivos compartidos, y sin explicitación de la responsabilidad de cada uno. Ha sido frecuente la duplicidad en la psicoterapia, incluso con profesionales de orientaciones distintas, y al no especificarse los criterios de alta, estas consultas se han prolongado en el tiempo, promoviendo la cronicidad en algunas problemáticas. Por eso, proponemos que se realicen encuadres breves, medios o prolongados y corredores terapéuticos en función de la patología, edad y recursos de la institución. Precisamos encuadres claros que eviten la iatrogenia y cronicidad.

En algunas problemáticas como la psicopatología derivada de problemas laborales, no ha habido una suficiente reflexión en los equipos acerca de los encuadres pertinentes de tratamiento, y ello ha generado tratamientos individuales muy prolongados, y en algunos casos, la cronicación de los síntomas. La psicoterapia de grupo, en estos casos, podría haber evitado estos riesgos, si se hubiera dado de alta a los pacientes, después de haber participado en encuadres grupales breves. Las psicoterapias de grupo semanales y breves en cuanto a duración hubieran centrado al paciente y facilitado su incorporación al trabajo. Estas estrategias psicoterapéuticas habrían evitado, por un lado, que se posicionaran como enfermos y, por otro, habrían mejorado los recursos personales para incorporarse a su difícil situación laboral.

5.- La Psicoterapia, un objetivo prioritario en los Programas de coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria

En nuestro país, en la década de los años 80, se plantearon dos opciones en la relación entre Atención Primaria y Salud Mental; se debatía si la Salud Mental debía ubicarse en el nivel de Atención Primaria o en Especializada. La decisión última fue la inclusión de Salud Mental en Atención Especializada, y se propusieron programas de coordinación entre ambos niveles, que tuvieron diferentes desarrollos en función de los dispositivos. En los Centros de Salud Mental que funcionaron fue debido a las iniciativas de los profesionales interesados. Éstos se desplazaban a Atención Primaria para la discusión de casos, analizar derivaciones, bajas laborales, tratamientos farmacológicos, etc.

Estos programas de coordinación han tenido un escaso apoyo y desarrollo. Lo habitual ha sido la falta de coordinación, lo que ha dejado sin resolver las largas listas de espera en la derivación a Salud Mental. Y ello ha tenido como efecto un significativo incremento en la prescripción de antidepresivos y psicofármacos. La falta de diálogo entre ambos niveles de atención ha favorecido la prescripción de medicación en la primera entrevista con el paciente, antes de realizar su derivación a Salud Mental. Esta práctica también ha generado otras dificultades, entre ellas, los desacuerdos con los tratamientos farmacológicos indicados en Atención Primaria. Y, por otro lado, la precipitada prescripción de fármacos para aliviar la angustia y los síntomas ha sido un elemento que en algunos pacientes ha debilitado la motivación para ser tratados con psicoterapia.

El desarrollo insatisfactorio de estos programas y el aumento progresivo en el consumo de psicofármacos suponemos que ha influido la decisión reciente de la contratación de psicólogos en Atención Primaria, para realizar tareas de evaluación. Estas nuevas contrataciones deberían ayudar a la coordinación e integración real entre ambos niveles de atención. Es importante la colaboración para organizar grupos de apoyo y terapéuticos en Atención Primaria con patologías médicas crónicas, duelos, problemas laborales, de adaptación, etc.

Los grupos en patologías con síntomas orgánicos persistentes y crónicos son muy interesantes y han logrado muy buenos resultados. Los factores emocionales están en la base de numerosas patologías orgánicas, más o menos graves; y algunas patologías orgánicas también pueden generar importantes síntomas psíquicos. En ambos casos los grupos son de gran utilidad, como se ha constatado en los grupos de apoyo de obesos, diabéticos, hipertensos; y como constaté en los grupos terapéuticos realizados en los años 80 con los enfermos afectados por el Síndrome de Aceite Tóxico²⁰.

El apoyo de Atención Primaria es fundamental para que las estrategias psicoterapéuticas sean demandadas y aceptadas por los pacientes. Pero, el cumplimiento de este objetivo sólo es posible si este programa es una prioridad para los responsables de ambas instituciones. Es necesario y urgente que se tomen actitudes activas y responsables de los gestores para que se realice un buen desarrollo de los programas de coordinación ente ambos dispositivos. De ello depende el abordaje del sufrimiento psíquico de los sujetos que nos derivan y, que sabemos con Engel, que se da en una interrelación entre lo biológico, lo psicológico y lo social.

La psicoterapia es la estrategia de elección en la mayoría de las problemáticas o psicopatologías que consultan en Atención Primaria. Éstas, aunque sean importantes, en general tiene un carácter leve. Las personas en Atención Primaria consultan por problemáticas relacionadas con situaciones de duelo, conflictos (familiares, interpersonales, laborales, etc.), crisis de la adolescencia, trastornos de adaptación, conflictos con la maternidad o paternidad, etc. Estas problemáticas son propias de la condición humana y no requieren prescripción de medicación psicofarmacológica.

²⁰ Gómez Esteban, R. Tesina de licenciatura sobre la atención a los afectados por el S.A.T.

Es preciso que el médico de familia pueda pensar que los síntomas han sido causados por dificultades en la vida cotidiana de los consultantes. Ya sea por conflictos intrapsíquicos, o problemas en las relaciones interpersonales y familiares. Insistimos en que estas problemáticas no pueden resolverse con medicación, aunque a veces sea preciso aliviarlas con algún ansiolítico durante un tiempo limitado. Si las derivaciones a Salud Mental son ágiles podría evitarse la medicación; posteriormente será responsabilidad de ese nivel evaluar si son precisos los fármacos, si se ha de proponer psicoterapia o si se han de combinarse ambas estrategias.

La colaboración en los programas de coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria es relevante para que los médicos de familia puedan conocer otras prácticas terapéuticas que no sean las farmacológicas. Es necesario debatir cómo y cuando utilizar los fármacos, pero también mostrarles el interés de otros instrumentos como la psicoterapia, que se realiza a través de la palabra, la escucha y el encuentro con los otros. Una psicoterapia que fue ampliamente desarrollada por Balint^{21, 22}, y que se extendió en el mundo entero gracias a los denominados “grupos Balint”. En estos grupos, a través de la discusión de casos, y del análisis de las transferencias entre el profesional y el paciente y con la institución, los profesionales de Salud Mental pueden transmitir a los de Atención Primaria, la importancia de la palabra, la escucha, y la psicoterapia. Asimismo, los efectos terapéuticos de los grupos de apoyo y la potencia de los grupos terapéuticos.

Las rotaciones de los residentes de Atención Primaria por el C.S.M. han de cuidarse especialmente. El trabajo como tutores de estos residentes a lo largo de casi 40 años nos ha confirmado el interés de estas rotaciones, que deberían tener al menos una duración de dos meses. En este tiempo además de observar entrevistas de psicoterapia individual pueden incorporarse como observadores en los “grupos de evaluación e indicación terapéutica”, y en los psicoterapéuticos. Esta inclusión la realizamos durante años en el C.S.M. de Parla, a través del espejo unidireccional, o en presencia en el C.S.M. de Alcorcón, con muy buenos resultados.

La colaboración entre estos Servicios es imprescindible para contribuir a la construcción de la “función psicoterapéutica” de nuestras instituciones. Los gestores han de promover el trabajo en equipo para que los profesionales compartan y logren adquirir un esquema referencial que les permita crear un ambiente terapéutico en la institución. De acuerdo con Mikel Munarriz, actual presidente de la A.E.N., se trata de “un modo psicoterapéutico de hacer las cosas en el conjunto de la red, que tiene que ver con el “trato” y ha de impregnar a la institución”.

6.- Los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica”. Espacios grupales para la sensibilización a la psicoterapia de pacientes y profesionales.

²¹ Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ed. Libros Básicos; 1961.

²² Balint E., Norell J. S. Seis minutos para el paciente, las interacciones en la consulta con el médico general. Buenos Aires: Ed. Paidós; 1979.

Los recursos de la red de Salud Mental son escasos para atender las numerosas necesidades y demandas de los pacientes, y las listas de espera que se generan son un grave problema asistencial. Para paliar esta problemática, los grupos, “lo grupal”, se erigen como el instrumento pertinente para abordar con eficacia estas excesivas listas de espera de los C.S.M. Los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica”, y los grupos terapéuticos son dos grandes estrategias para abordar esta problemática. Logran ampliar y mejorar las evaluaciones e indicaciones de tratamiento, y permiten realizar psicoterapia en encuadres semanales, recortando de manera significativa el tiempo entre las citas. Por eso pensamos que lo grupal es un instrumento instituyente y relevante en la red asistencial de Salud Mental, al permitir ofrecer psicoterapia al mayor número de personas que consultan.

Es preciso ofrecer instrumentos creativos y pertinentes para la mejor resolución de las crisis, y la prevención de la sintomatología grave en las psicosis. Debemos ofrecer alternativas de gran interés, como son los “grupos de intervención en crisis” y los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica” que permiten abordar los síntomas precozmente. Los primeros serían espacios grupales terapéuticos para abordar las crisis vitales o psicopatológicas y, los segundos, se organizan mediante la tarea de evaluación y diagnóstico de los pacientes. Se realizan en tres entrevistas en grupo, de dos horas de duración, y tienen gran interés porque además de ampliar el campo de observación, tienen efectos terapéuticos. Estos grupos se ofrecerían desde Atención Primaria para todas aquellas personas que desearan ser atendidos a la mayor brevedad posible; y que aceptaran trabajar sus malestares en grupo.

Estos encuadres grupales son muy contenedores y eficaces para abordar las tareas de evaluación del equipo, y además son un buen instrumento clínico para las situaciones de crisis. Estos espacios tienen una función de acogida en los momentos difíciles del sujeto angustiado, en las situaciones de duelo, y en un primer acercamiento a los síntomas, afectos y acciones que les hace sufrir. Se constituyen como un espacio de expresión de su malestar, dolor y sufrimiento, y donde pueden desplegarse y observarse los factores psicológicos y sociales implícitos en su “proceso de enfermar”.

Las dos primeras entrevistas permiten analizar la demanda del paciente, y conocer algunos datos de la historia biográfica y clínica. En estas dos sesiones grupales de 4 horas de duración se podrá conocer los síntomas, angustias, sueños, temores, afectos y sentimientos. En estas entrevistas grupales, al disponer de mayor tiempo para el proceso de evaluación del diagnóstico e indicación del tratamiento, se podrá recoger más ampliamente datos de su historia, de los factores desencadenantes y los síntomas.

Y en algunos casos se podrá facilitar la expresión de los afectos dolorosos y sentimientos penosos y relacionarlos con sus conflictos en las relaciones intersubjetivas o intrapsíquicas. De este modo, algunos podrán tomar conciencia de la problemática que les afecta. Por otro lado, les permite participar y observar el funcionamiento grupal, una experiencia muy interesante, si la terapia de grupo es la indicada, ya que les facilitará su posterior incorporación a los grupos terapéuticos. Además de permitirles iniciar el proceso terapéutico desde un mayor compromiso subjetivo.

En la última entrevista grupal, después del momento de ver y comprender, el objetivo es decidir, concluir y finalizar. La tarea del equipo terapéutico es comunicar su reflexión sobre algunos de los aspectos que ha observado en cada participante. En la posterior conversación entre todos, los pacientes podrán tomar alguna conciencia de sus problemáticas y de las posibilidades de seguimiento. En la segunda parte de la entrevista los pacientes tendrán que tomar las decisiones pertinentes en función de las propuestas terapéuticas indicadas y debatidas. Para finalmente aceptar o no el tratamiento elegido y realizar la despedida del grupo.

Las indicaciones terapéuticas básicamente son tres: la primera, el alta, si se ha orientado la problemática y no hay demanda de tratamiento posterior; la segunda, si se trata de una patología leve y el paciente sólo pide medicación, la indicación será tratamiento farmacológico, supervisión del mismo y posterior seguimiento en Atención Primaria; y la tercera, en patologías leves que demanden psicoterapia, o en las graves y moderadas, el seguimiento será en Salud Mental, para realizar psicoterapia o tratamiento combinado con psicofármacos.

Los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica” tienen gran interés porque posibilitan una mejor observación y evaluación diagnóstica, además de facilitar el compromiso con la propuesta terapéutica. La ampliación del campo de observación permite observar con mayor profundidad las relaciones intersubjetivas del paciente en el “aquí-ahora grupal”. Y, por otro lado, al posibilitarse el diálogo sobre las indicaciones y posibilidades de tratamiento entre los participantes, las intervenciones serán más eficaces facilitadas por el mayor el compromiso de los pacientes.

La implementación de estos grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica precisan del apoyo de las Oficinas Regionales de Salud Mental y de las de Atención Primaria. El ágil acceso a estos grupos de evaluación permite a los médicos de Atención Primaria evitar la prescripción de tratamientos farmacológicos; aunque prescriban un ansiolítico hasta la cita en Salud Mental. Estas metodologías de evaluación grupal consiguen la implicación en la toma de medicación y en el trabajo psicoterapéutico (individual, grupal o familiar). Y facilitan el futuro vínculo entre paciente y terapeuta, lo que tendrá como efecto menor número de ausencias y abandonos de los tratamientos.

El mantenimiento de estos grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica permite mejorar la calidad de los S.S.M., al realizar evaluaciones e indicaciones terapéuticas más pertinentes. La mejor organización de las intervenciones terapéuticas posibilita una reducción de las listas de espera a Salud mental. De este modo, los médicos de familia dispondrán de más tiempo para realizar su tarea clínica, y, por otro lado, se mejorarán los pronósticos de la población que atendemos, al haberse aligerado los tiempos para iniciar los tratamientos.

La derivación a estos grupos disminuiría la presión asistencial y mejoraría, por tanto, la práctica clínica de los médicos de familia. La propuesta grupal indicada por su médico de cabecera tendría como efecto una disminución en las resistencias de los pacientes a tratamientos que no fueran farmacológicos. La ágil derivación supondría un significativo

ahorro en psicofármacos y, por tanto, en los costes sanitarios. También es preciso aclarar que esta propuesta no implicaría a aquellos pacientes que no estuvieran interesados, ya que a éstos se les ofrecería la evaluación habitual instituida en el C.S.M.

Subrayamos que estas metodologías grupales permiten observar la complejidad de las relaciones y de los vínculos, y realizar mejores aproximaciones diagnósticas, además de compartir las decisiones de tratamiento con el paciente. Se mejoran la calidad de las intervenciones, con un tiempo similar a los métodos individuales; sin embargo, para cada paciente se dispondría de 6 horas para los tres encuentros grupales, en lugar de una hora disponible en la evaluación individual actual. Por otro lado, la intervención se realizaría en una cita cercana y a lo largo de un máximo de dos semanas, a diferencia de las psicoterapias individuales de periodicidad mensual que se prolongan en el tiempo. Los métodos individuales tienen más riesgos de cronicidad por esos lapsos de tiempo tan largos.

Las entrevistas grupales facilitan el despliegue de las escenas problemáticas reprimidas o rechazadas, y la posibilidad de realizar algunos procesos de significación y elaboración. Esta estrategia terapéutica, por tanto, mejora los diagnósticos e indicaciones al proponerse en función de las características del paciente, de su demanda y de los recursos de la institución. Privilegiamos las metodologías grupales porque mejoran la organización y el funcionamiento de los C.S.M., además de ser de gran interés para el aprendizaje de los residentes. Estas novedosas metodologías de evaluación e indicación terapéutica han de incluirse en las competencias de los programas de formación de los M.I.R., y P.I.R. Hay que tener en cuenta que han de ser coordinados por profesionales que con su “saber hacer” sean capaces de promover el deseo de los profesionales por “lo grupal”, y por las psicoterapias de grupo.

Si se realizan por profesionales bien formados en teorías y técnicas grupales son bastantes resolutivas y eficaces para los pacientes y profesionales, y para los Servicios tienen gran eficiencia. Como en todos los grupos, son centrales los mecanismos de identificación entre los participantes; también los mecanismos de consonancia y resonancia, a través de los relatos, problemáticas, escenas y afectos de los miembros del grupo. Todos estos mecanismos contribuyen de manera eficaz a la disminución de las resistencias y a la mejor expresión de los sentimientos. Asimismo, son espacios que evitan la cronificación debida a beneficios secundarios (por ejemplo, “ser un enfermo” para ser cuidado o para ser querido...). Estos beneficios son inconscientes y desconocidos para los sujetos, y si no se develan influyen empeorando el pronóstico.

En resumen, si se logra superar las resistencias de los propios gestores y de los jefes de Servicio, las “entrevistas grupales de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica” permiten:

- el análisis de la demanda,
- la evaluación más compleja de las problemáticas y patologías,
- el conocimiento de la biografía, psicopatología y los modos de vinculación,
- un mejor criterio clínico para las propuestas de alta,
- un mayor compromiso con el tratamiento,
- la disminución de muchos encuadres actuales confusos,

- encuadres de tratamiento más eficaces,
- la disminución significativa del consumo de psicofármacos,
- la producción de efectos terapéuticos en los participantes,
- la mejora de la lista de espera,
- el menor gasto farmacéutico,
- el mejor aprendizaje de los residentes,
- el funcionamiento en equipo,
- la mejor estructuración y dinámica de la institución,
- y la mejor colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental.

Estos grupos son instituyentes y funcionan como una alternativa real para resolver el colapso actual de las listas de espera. En los trastornos graves evitan la evolución hacia la gravedad y, en las patologías leves y moderadas, la evolución hacia la cronicidad. La mejor evaluación y organización de los encuadres de tratamiento posibilita un mejor abordaje de la tarea asistencial, lo que genera como efecto un funcionamiento y dinámica de los equipos e instituciones de mayor calidad.

Respecto a la formación, estos grupos son un espacio privilegiado para el aprendizaje de los profesionales de Salud Mental y de Atención Primaria. Por eso es muy importante que cuenten con el apoyo de la institución y de todo el equipo para que sean un lugar significativo de formación para los residentes de Salud Mental y Primaria. La implementación de estos grupos proporciona el pronto acogimiento del sufrimiento psíquico de los pacientes, reduce la presión asistencial en Atención Primaria, y disminuye la exigencia de poner medicación a los malestares de los pacientes.

7.- La Formación en psicoterapia²³

La implementación de la psicoterapia en los Centros es condición imprescindible para que los Servicios de Salud Mental sean de calidad. Los psicoterapeutas en su “saber estar y hacer” facilitan la producción de un “clima terapéutico” en la institución; que es la base para el desarrollo y potenciación de las intervenciones terapéuticas. El “clima terapéutico” en las instituciones es un emergente del valor que se da a la psicoterapia en los Centros; su escasa presencia muestra que no es valorada en el funcionamiento de la institución.

La condición para acceder a una buena formación psicoterapéutica, en el período M.I.R. y P.I.R. y como especialistas, es que los gestores den un vuelco a la organización de las competencias en Salud Mental y se comprometan con la psicoterapia y la constituyan como principal objetivo de la formación. Porque si no se promueve y desarrolla una formación psicoterapéutica de calidad en los planes de Formación, no podrá incluirse de manera significativa en todos los dispositivos de Salud Mental. De ahí nuestra insistencia en que las Comisiones de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología se responsabilicen y garanticen en los programas la formación como psicoterapeutas.

²³ Arroyo Guillamón R. Convertirse en psicoterapeuta. Rev. A.E.N. 2017; 37 (131):79-94.

Las Asociaciones Científicas deberían tener mayor presencia en estas Comisiones, sobre todo, la A.E.N., ya que es la que cuenta con más profesionales que trabajan en lo público. Y además es la Asociación Científica, con sus Secciones de Psicoanálisis y Psicoterapia de Grupo, que tiene mayor conocimiento sobre esta disciplina. La A.E.N. es la que mejor puede argumentar la importancia de la psicoterapia en la red asistencial, y el papel significativo que debe tener en la formación, investigación y asistencia. Es decir, es la Asociación Científica que mejor puede defender y reivindicar una psicoterapia para todos los ciudadanos que nos demandan. Y para nosotros, como profesionales, nuestra responsabilidad fundamental es aliviar de la “mejor manera” su sufrimiento psíquico, indicando la psicoterapia como primera opción para la mayoría de los trastornos, debido a la eficacia demostrada en la experiencia clínica y en la investigación.

La psicoterapia ha de ser el principal requisito para ejercer la práctica psiquiátrica y psicológica. Y el eje de la formación durante la especialidad y en la práctica posterior. La psicoterapia, por tanto, ha de ser un Área de capacitación relevante en los programas de formación de la especialidad y en la formación continuada. Después de la aprobación de la psicoterapia como nueva disciplina universitaria en el Parlamento alemán, las Comisiones de la Especialidad deberían realizar cambios importantes en el programa de formación y en los procedimientos de acreditación de los profesionales. La nueva aprobación del Parlamento alemán abre la puerta a otros países para que los nuevos titulados universitarios en psicoterapia ejerzan legalmente como psicoterapeutas. Y nos preguntamos, ¿cómo afectará esta situación en nuestro país, si los psiquiatras y psicólogos no tienen una acreditación reconocida legalmente para ejercer como psicoterapeutas?

Insistimos en que la psicoterapia es el núcleo y la base de la formación de los profesionales que trabajan en el campo de la Salud Mental. Y dentro del campo psicoterapéutico merece especial relevancia la psicoterapia psicoanalítica, que nos ofrece los instrumentos para abordar la complejidad de los denominados “trastornos mentales”. La privilegiamos porque sabemos que el sujeto se construye en la relación con el Otro y los otros, y la proponemos por su mayor eficacia y porque es la única que ha demostrado y evidenciado que es capaz de producir cambios subjetivos.

La buena formación en psicoterapia dotará de instrumentos eficaces a los profesionales para que puedan realizar los cambios que precisan las intervenciones tradicionales. Los tratamientos psicofarmacológicos han evidenciado su insuficiencia, tanto en las patologías leves, como en las moderadas y graves. Y es preciso tener en cuenta que algunas estrategias terapéuticas cronifican y otras, al no poder ser aplicadas con la frecuencia pertinente, promueven la cronificación y la ubicación pasiva en el rol de “enfermo”. Es urgente transformar la práctica clínica actual basada en la prioridad de los tratamientos psicofarmacológicos, y potenciar las estrategias psicoterapéuticas, Y asimismo, poner en marcha las psicoterapias de grupo, familiares y multifamiliares.

Los gestores han de poner en el punto de mira la salud de los pacientes, pero también la de los profesionales. Se ha evidenciado en numerosos trabajos el importante estrés que genera la práctica clínica. En el trabajo que realicé con médicos de familia se constataba que los déficits en la formación junto a las dificultades en la relación con el paciente eran los dos

principales factores de estrés. Los niveles de ansiedad que generaba la práctica clínica eran muy elevados, y significativos (el 70% de los médicos de familia afirmaba tener ansiedad moderada, y el 20%, ansiedad alta²⁴). En los resultados se constataba que la formación más pertinente, que incluía la de la relación médico-paciente, disminuía de manera muy significativa la angustia que se generaba en la práctica clínica diaria.

Estos datos refuerzan la idea de que la formación y, por tanto, el cuidado de la salud de los profesionales debería ser uno de los objetivos principales de las instituciones sanitarias. Los estudios muestran datos muy preocupantes acerca de los efectos de la clínica en la salud de los médicos; porcentajes más altos de psicopatología, enfermedades orgánicas, psicosomáticas y suicidios con relación a profesiones de características similares. Y si se comparaba la salud de los médicos de Salud Mental con los de Atención Primaria, las cifras resultaban en los primeros ser más preocupantes²⁵.

La disminución del “burnout”, por tanto, ha de ser un objetivo prioritario de los gestores y responsables sanitarios. Y lo primero es la mejora en las condiciones institucionales para que los profesionales tengan menor sufrimiento subjetivo, y puedan realizar una práctica clínica de mayor calidad (contratos pertinentes, promoción del trabajo en equipo, más tiempo disponible para la consulta, ofrecer mejor formación en psicoterapia, mayor apoyo de los programas sociales, etc.). Por otro lado, sabemos que la mejor formación como psicoterapeutas consigue un ahorro significativo en la prescripción de psicofármacos. Y este ahorro podría destinarse a mejorar los recursos psicoterapéuticos y los programas de formación.

Los profesionales no podemos mirar a otro lado, y hemos de tener muy claro que la principal función del quehacer psiquiátrico y psicológico es “ser psicoterapeuta” sabemos que sólo de esta manera se logrará el objetivo de que todos los ciudadanos puedan acceder a un tratamiento de calidad en Salud Mental. Esta es la conclusión a la que llegan los M.I.R. y P.I.R. cuando llega el momento de la evaluación del grupo de formación en los grupos Balint y Operativos que realizamos en las instituciones.

En los grupos refieren sus grandes dificultades con los pacientes y las familias, y verbalizan la necesidad de instrumentos psicológicos para poder abordar la clínica individual, de pareja y familia. Se enfrentan con unas relaciones y unos vínculos para los cuales no están instrumentados, y por eso se hacen conscientes de que su función fundamental es ejercer de psicoterapeutas. Pueden reconocer que la formación como psicoterapeutas es la “condición sine qua non” para su práctica clínica como psiquiatras y psicólogos. Por eso, basándonos en los últimos emergentes de estos grupos podemos decir que el objetivo fundamental en los programas de formación de la especialidad es devenir un buen psicoterapeuta, para poder ayudar a los pacientes, parejas y familias.

²⁴ Gómez Esteban, R., *El médico como persona en la relación médico-paciente*, Madrid, Ed. Fundamentos, 2002.

²⁵ Gómez Esteban, R., “Los afectos del médico y sus efectos sobre la salud” en *Manual de la Relación Médico-Paciente*, Foro de la Profesión Médica, 2109.

La titulación de la especialidad en psiquiatría y psicología, por tanto, exige que se incluya también el de especialista en psicoterapia, ya que sólo de esta manera se ampliará la formación que es precisa para trabajar como psicoterapeuta. Y, por otro lado, con el reconocimiento de psicoterapeuta en el propio título de especialista, se estaría acreditado legalmente para ejercer, y no habría que solicitar la acreditación de psicoterapeuta en instituciones privadas, después de haber finalizado la especialidad. En cualquier caso, estas instituciones, como la F.E.A.P., han cumplido una función importante, sobre todo, con aquellos profesionales que trabajan en el ámbito privado.

El interés de la nueva denominación es que obligaría a las Comisiones de Especialidades a una reforma urgente de los contenidos en psicoterapia de los programas de formación. Es importante aunar fuerzas entre todos los implicados para que se visibilice que la psicoterapia es la disciplina imprescindible para comprender la psicopatología y tratar las problemáticas y patologías en Salud Mental. Por eso proponemos, como en anteriores ocasiones²⁶, que los conocimientos y las prácticas en psicoterapia, en sus diferentes modalidades, sean centrales en el programa de formación de los residentes M.I.R. y P.I.R. Y que la psicoterapia grupal sea el instrumento de elección, ya que permite observar al sujeto en su vínculo con el Otro y en sus relaciones con los otros.

8.- Las psicoterapias de grupo

La insuficiente inclusión de la psicoterapia en los programas de formación influye en el deficiente funcionamiento de nuestras instituciones. En el campo asistencial, las psicoterapias individuales, aunque sean muy eficaces, sólo pueden ofrecerse en función de los recursos de los Centros. Es evidente que los encuadres de psicoterapia individual no pueden resolver la demanda asistencial, y por ello han de proponerse con indicaciones muy claras y en encuadres breves. Si no es de este modo, las metodologías individuales pueden influir negativamente en las listas de espera, que en muchos Centros han llegado a ser de dos y tres meses para adultos, y más tiempo para infancia y adolescencia.

Las instituciones de Salud Mental están perdidas si permanecen en la confusión de objetivos, si no aclaran su tarea, si se mantienen en la insuficiencia de las estrategias farmacológicas, y si no se orientan por las actividades psicoterapéuticas, sobre todo, por las psicoterapias de grupo. El interés de la psicoterapia de grupo psicoanalítica es que aporta sentido al “sin sentido” actual de las estrategias de intervención en muchos de los dispositivos de la red de la Salud Mental. El instrumento grupal, en sus diversas variantes, es capaz de ofrecer alternativas para abordar la compleja realidad de las problemáticas en salud mental.

La utilización de lo grupal como instrumento terapéutico requiere que nuestros profesionales se formen en grupos terapéuticos y en metodologías grupales, ya que se necesitan nuevas propuestas y dispositivos alternativos para mejorar los tratamientos que se realizan en las instituciones de Salud Mental. Es preciso ser rápidos en la puesta en marcha de psicoterapias de grupo en todos los dispositivos de S.M. La institución ha de crear

²⁶ Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. Rev. A.E.N. 2019; vol. 39 (136): 121-146.

espacios grupales terapéuticos para los consultantes que lo necesiten, y ofrecer encuadres en los que puedan incorporarse con agilidad. Algunas alternativas han demostrado ser muy eficaces, por ejemplo, los “corredores terapéuticos”, que se han evidenciado muy eficientes en las instituciones que se han implementado²⁷.

Las psicoterapias de grupo tienen una relación coste/beneficio de gran interés, pero lo más significativo es el “plus” que ofrecen por sus numerosos factores terapéuticos. Su potencial terapéutico y sus buenos resultados las han hecho imprescindibles para la red asistencial^{28, 29, 30}. La psicoterapia de grupo la indicamos por su eficacia y capacidad de producir cambios subjetivos, y también porque es la más pertinente para abordar la alta demanda de atención en los C.S.M. Los grupos terapéuticos son muy eficaces y cumplen los criterios de eficiencia; y al ser más compatibles con el número de profesionales del equipo, han de priorizarse en primera instancia. Para las situaciones de crisis son de gran utilidad porque permiten su atención con gran agilidad, y en encuadres semanales. Los grupos terapéuticos pueden proponerse en todos los cuadros psicopatológicos, si son aceptados por el paciente, y en diferentes encuadres: semanales, quincenales, breves o prolongados, en función de la gravedad de la psicopatología.

Los grupos terapéuticos, han de ser un compromiso ineludible para los profesionales, ya que evitan la cronificación de los síntomas, patologías y tratamientos de los pacientes y consultantes. La larga evolución de muchos cuadros psicopatológicos exige que nos esmeremos para lograr que los tratamientos se realicen en los inicios de las crisis y que se ofrezcan con la mayor frecuencia posible. Es evidente, que sólo con intervenciones ágiles, y con criterios y encuadres claros de inicio y final, se logrará mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

La formación de los profesionales y la asistencia de los pacientes requiere que los grupos psicoterapéuticos sean relevantes en la cartera de servicios de todos los dispositivos (C.S.M., hospitales de agudos y de día, Comunidades Terapéuticas y Centros de día) y para todas las psicopatologías que se atienden en los Servicios de Salud Mental. Las psicoterapias de grupo han de priorizarse en tratamiento único o en combinación con los psicofármacos. Y en el trastorno mental grave la podremos asociar con psicoterapia familiar y/o multifamiliar. El desarrollo de las psicoterapias de grupo en nuestras instituciones contribuiría a disminuir el “estigma” de las problemáticas y patologías mentales. La incorporación de las diferentes modalidades de psicoterapia ayudaría a la desestigmatización de las enfermedades mentales, y animaría a los sujetos a solicitar tratamientos psicológicos para sus sufrimientos subjetivos.

²⁷ De Felipe V. Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2012.

²⁸ Gómez Esteban R. El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicóticas, borderline y enfermedades orgánicas. Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; número especial 3.

²⁹ Gómez Esteban R. Una perspectiva psicoanalítica y grupal de los Trastornos Límite de Personalidad. En Experiencias terapéuticas grupales, Irazábal Martín, E., Hernández Monsalve. Madrid: Grupo 5; 2013.

³⁰ Gamio Medina E., Gómez Esteban, R. (coordinadores). Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: ed. A.E.N.; 1997.

Las estrategias psicoterapéuticas grupales disminuyen la resistencia de los pacientes a la psicoterapia, les permite expresar y elaborar sus síntomas, y les ayuda a percibir las causas de sus padecimientos. Les permite dudar de la explicación que se daban acerca de su malestar, una causa biológica, una carencia de neurotransmisores en su cerebro. Los pacientes psicóticos en los grupos también ponen en cuestión estas certezas. En el espacio grupal logran abandonar la idea de que la solución mágica de sus males sea la medicación. Este punto de inflexión les ayuda a vivenciar que las psicoterapias les puede aliviar en su sufrimiento, y este mayor compromiso con su tratamiento psicológico les permitirá mejorar y realizar cambios subjetivos.

Debemos cuidar especialmente a los pacientes con trastorno mental grave, la mayoría diagnosticados de psicosis, debido a que no pueden demandar tratamiento. Las resistencias al inicio son habituales, pero es muy importante ser constantes y apoyarles para que participen en grupos terapéuticos. En nuestra experiencia, si el profesional muestra su deseo al paciente de que se incluya en el grupo terapéutico, y ambos trabajan en su incorporación, se logrará una buena adherencia al tratamiento grupal y se consolidará el vínculo terapéutico.

El grupo terapéutico es altamente recomendable en las psicosis, y en los pacientes graves porque es un espacio de relación con el otro^{31, 32, 33}. El espacio grupal es óptimo para hablar de sus síntomas, de la agresividad; y de los delirios y alucinaciones. En el proceso grupal podrán hablar de su “grupo interno” y de sus problemas intersubjetivos con su grupo familiar actual. El grupo, al ser un espacio de contención y pertenencia, hará posible la entrada de estos sujetos en la palabra y en algunos procesos de significación y simbolización. Este hecho es muy importante porque sabemos que estos pacientes no pudieron acceder al registro simbólico al no haber incorporado la función paterna en su construcción como sujetos.

La inclusión, en la cartera de los Servicios de Salud Mental, de grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares en todos los dispositivos y otros, como los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica”, es fundamental para el buen funcionamiento de los S.S.M. Sabemos que la implementación ha de ser lenta porque los profesionales han de estar suficientemente formados y supervisados. El interés de la psicoterapia de grupo y de las técnicas grupales es grande porque disminuye los fenómenos transferenciales hacia el terapeuta, que tan importante es en el trabajo con las patologías psicóticas. En estos grupos se promueven las transferencias laterales y los vínculos horizontales, y de ese modo se facilita la interacción, interrelación y los vínculos entre ellos.

³¹ Gómez Esteban R. ¿Trastorno bipolar/ psicosis maníaco - depresiva o psicosis melancólica-bipolar?, tratamiento con psicoterapia psicoanalítica grupal combinada con psicofármacos. En Gómez Esteban R. y Rivas Padilla E. La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo. Madrid: Ed. A.E.N.; 2007.

³² Gómez Esteban R. et al, Reflexiones acerca de un grupo terapéutico con pacientes esquizofrénicos. Rev. AEN, 2003; 88: 17-35.

³³ Gómez Esteban R. Psicoterapia de grupo psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal. En Gómez Esteban, R. y Rivas Padilla, E. La práctica analítica en las Instituciones de Salud Mental, la Psicosis y el malestar en la época actual. Madrid: Ed. A.E.N.; 2006.

Por otro lado, “lo grupal” también es el instrumento privilegiado para mejorar las relaciones entre los profesionales y generar un trabajo de equipo. Se trata de facilitar el desarrollo de la “función psicoterapéutica” de nuestras instituciones, y la producción de vínculos más saludables. Este mejor funcionamiento de los Servicios favorecerá que los profesionales aborden otras tareas además de las asistenciales. Es decir, podrán preocuparse en una mejor formación y en la profundización de la teoría y práctica de la psicoterapia para generar nuevas estrategias psicoterapéuticas. Asimismo, podrán desarrollar tareas de investigación alrededor de la práctica psicoterapéutica.

En resumen, la función principal de los profesionales psiquiatras y psicólogos es ser psicoterapeutas, ya que sin el ejercicio de la psicoterapia su rol profesional pierde sentido. Es siempre como psicoterapeutas, a través de la escucha y lectura de las palabras y actos del paciente, y de la intervención/interpretación del profesional, como se puede dar sentido a lo que le pasa al sujeto³⁴. Estamos agradecidos a Freud porque construyó una teoría y una técnica, para que el sufrimiento de los seres hablantes se pudiera decir en la experiencia analítica individual y grupal.

En la psicoterapia psicoanalítica los sujetos podrán hablar de sus conflictos intersubjetivos y, de este modo, dejar de repetir compulsivamente y perjudicarse a si mismos. Es necesario que la psicoterapia de grupo sea valorada a nivel institucional como corresponde, ya que en el momento actual se sigue desconociendo su potencia terapéutica. Es urgente que tanto los gestores como los profesionales ubiquen a la psicoterapia de grupo como eje fundamental de las estrategias terapéuticas institucionales³⁵.

Nuestra propuesta es que se regule de manera urgente y pertinente la formación de los profesionales en psicoterapia y en psicoterapia de grupo, tanto respecto a la teoría como a las prácticas grupales. Éstas han de estar organizadas desde el C.S.M. en un aprendizaje progresivo a lo largo de los cuatro años. En el primer año se introducirían experiencias de psicoterapia individual y la observación de grupos terapéuticos, ambas supervisadas por el adjunto; en el segundo y tercero, se tendría una responsabilidad progresiva en psicoterapias grupales y, en el cuarto, serían coordinadores de grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares³⁶. Los contenidos teóricos y prácticos imprescindibles de psicoterapia se incluirían de una manera significativa y con las suficientes horas acreditadas en los Programas de formación de M.I.R., P.I.R. y E.I.R., y en los de formación continuada.

Dicho con otras palabras, la propuesta principal es que la psicoterapia sea el eje de los tratamientos en los S.S.M. y que las psicoterapias grupales tengan una posición relevante dentro de las estrategias psicoterapéuticas. Nuestro objetivo es que la psicoterapia y, en concreto la psicoterapia de grupo, ocupe el lugar prioritario dentro del campo de la asistencia, docencia e investigación en Salud Mental. Las psicoterapias han de ofrecerse

³⁴ Gómez Esteban, R., “Palabra y escucha en la relación médico-paciente” en Manual de la Relación Médico-Paciente, Foro de la Profesión Médica, 2109.

³⁵ Burlingame GM, Fuhriman A, Mosier J. The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2003; 7(1):3-12.

³⁶ Ayerra Balduz J.A. el grupo multifamiliar. *Rev. A.E.N.* 2019; vol. 39 (136):205-221.

como tratamiento de elección en los S.S.M.; de este modo, los pacientes podrán disminuir sus reticencias y defensas frente a estas terapias.

Para que las psicoterapias sean el eje-central de la asistencia, docencia e investigación es imprescindible el trabajo en equipo en las instituciones de Salud Mental. Pero, como señalábamos, este objetivo no se logrará si no hay un claro compromiso de los gestores de los servicios; ya que sólo con este apoyo se podrán priorizar y realizar de manera coherente y rigurosa, sin contradicciones ni ambigüedades, las diversas estrategias psicoterapéuticas.

9.- Conclusiones

I.- Se constata la insuficiente oferta de psicoterapias en la red asistencial. Por eso insistimos en que las psicoterapias y, entre ellas, la psicoterapia de grupo tenga un relevante papel en la red asistencial. La potencia terapéutica de la psicoterapia de grupo se debe a sus importantes factores terapéuticos. Es un instrumento de gran eficacia y eficiencia en todas las manifestaciones psicopatológicas; ya sean graves, moderadas o leves. Por ello ha de ofrecerse en todos los dispositivos y unidades de la Red; con el C.S.M. en el núcleo de la organización. Han de apoyarse también en Atención Primaria para aquellas patologías crónicas causadas por problemáticas emocionales.

II.- La psicoterapia ha de ser tratamiento único y de elección en los trastornos leves y muchos moderados. Las estrategias combinadas de psicofármacos y psicoterapia son muy útiles en los trastornos graves y algunos moderados; ya que ambos tratamientos se potencian y permiten al profesional disminuir las dosis de psicofármacos.

III.- Es urgente el desarrollo de las psicoterapias en los Servicios de la Red de Salud Mental. La oferta de plazas ha de ser como psicoterapeutas porque es la función principal de los psiquiatras y psicólogos, lo que exige la imprescindible formación en esta disciplina. Durante la residencia ambos han de compartir conocimientos y experiencias para adquirir una identidad común, que es la de “psicoterapeuta”. Sólo si ejercen como psicoterapeutas podrán ofrecer una psicoterapia de calidad. Y en esta función podrán crear un “clima terapéutico” en nuestras instituciones. La formación psicoterapéutica es fundamental para generar una cultura de psicoterapia en nuestras instituciones; para construir instituciones de cuidado y no de cronificación de la enfermedad.

IV.- Insistimos en que los responsables de los programas de formación, tanto las Comisiones de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología, como las de formación continuada, tienen la obligación de dar un lugar relevante a las psicoterapias. Esta formación ha de ser teórico-práctica, y experiencial cuando sea posible. Por otro lado, la responsabilidad de las Oficinas Regionales de Salud Mental, y de las Unidades docentes es desarrollar programas psicoterapéuticos en toda la red asistencial. Han de comprometerse a ofrecer a los futuros psiquiatras y psicólogos, prácticas grupales organizadas a lo largo de los 4 años de la residencia, y supervisadas. Para que progresivamente puedan responsabilizarse de las psicoterapias individuales, grupales, familiares y multifamiliares. Primero como

observadores, no participantes al inicio, y luego como observadores participantes; y en el tercer y cuarto año, como co-coordinadores y coordinadores respectivamente.

V.- Los tratamientos psicoterapéuticos han de implementarse de manera progresiva en sus diversas modalidades; priorizando unas u otras en función de edades, patologías y recursos. Los equipos terapéuticos podrán realizar la evaluación al finalizar los procesos, y de ese modo, podrán elaborar algunos criterios de calidad de las psicoterapias. La psicoterapia ha utilizarse de manera combinada en algunas patologías moderadas y en todas las graves; y, sobre todo, si no hay respuesta al fármaco, ésta es insuficiente o se ha abandonado (los abandonos en algunas patologías pueden llegar al 50%).

VI.- La elaboración y definición de los criterios de elección de la psicoterapia como estrategia terapéutica única o combinada (con el fármaco, y/o con otras intervenciones psicológicas, de apoyo, rehabilitación o sociales), se ha de reflexionar y decidir por el equipo terapéutico. La “alianza terapéutica” es fundamental en los resultados de los tratamientos en Salud Mental, por ello es muy importante que esta relación sea un aspecto importante en la formación de los residentes, y en la de los especialistas.

VII.- El equipo tiene que elaborar criterios de prioridad para las psicoterapias (individual, grupal y familiar) que se ofrezcan en los Centros. Es importante ofrecer encuadres con tiempos que puedan ser asumidos por la institución, con un límite de sesiones y una frecuencia al menos quincenal. Si se proponen grupos terapéuticos, la duración del encuadre, en los trastornos comunes y leves podría ser de 4/5 meses; y en las patologías moderadas, de 6 meses a un año. Los encuadres prolongados han de ofrecerse en todos los trastornos graves, reencuadrando una vez al año. La psicoterapia de grupo se ha de impulsar en el tratamiento de la psicosis, junto a la psicoterapia del grupo familiar.

VIII.- La supervisión de las diversas psicoterapias es fundamental en el caso de los residentes; por ello es importante que la institución las planifique y organice. También se han de apoyar las supervisiones institucionales, porque son fundamentales para analizar los obstáculos y dificultades que se generan en la tarea asistencial. Las supervisiones institucionales pueden facilitar y promover el trabajo en equipo, que ha de ser el eje central de la organización asistencial.

IX.- La investigación de los tratamientos psicoterapéuticos (individual, de grupo y familiar) ha de ser apoyada por los jefes de Servicio y los equipos. Es de gran utilidad realizar evaluaciones al finalizar los tratamientos psicoterapéuticos, en función de algunas variables, como la mejoría, la disminución de la psicopatología, los cambios subjetivos, la disminución de psicofármacos, las recaídas, ingresos, días de ingreso, altas, ausencias a las citas, etc. En los casos graves y algunos moderados, que se hayan derivado a Atención Primaria por demanda del paciente, es necesario realizar el seguimiento cada 6 meses o anualmente.

X.- El equipo tiene que facilitar las sesiones clínicas para que se pueda transmitir y compartir la clínica individual, grupal, familiar y multifamiliar. La institución ha de promover las publicaciones de las experiencias psicoterapéuticas, sobre todo, las grupales. Sería de interés que la A.E.N. apoyara una revista digital anual de la Sección de Psicoterapia de Grupo para

compartir mejor la experiencia de nuestros grupos terapéuticos y las referencias bibliográficas.

XI.- La psicoterapia produce cambios subjetivos y disminuye el sufrimiento psíquico y la patología orgánica. Asimismo, reduce los costes personales, familiares, y sociales. Y desde el punto de vista económico, reduce de manera significativa la prescripción de psicofármacos, el número de urgencias tanto en Atención Primaria como en el hospital, el número y días de ingreso, de baja, y las pérdidas laborales. Por tanto, debemos dirigir todos nuestros esfuerzos para conseguir la mejor formación en psicoterapia de nuestros profesionales, para que éstos puedan ofrecerla ampliamente a los pacientes y a los que consultan por sus malestares en la red de Salud Mental.

Anexo 1

Definición de la Salud Mental: Elementos del Procedimiento de Evaluación de Shedler–Westen (SWAP–200; Shedler y Westen, 2007)

- Es capaz de utilizar su talento, sus habilidades y energía de forma efectiva y productiva.
- Disfruta con los retos; le gusta llevar a cabo cosas.
- Es capaz de mantener una relación amorosa con sentido, caracterizada por una intimidad, estima y comprensión auténticas.
- Encuentra sentido al hecho de pertenecer y contribuir a una comunidad más amplia (por ejemplo, organización, iglesia, barrio).
- Es capaz de encontrar sentido y sentir satisfacción guiando, cuidando y actuando como mentor de otros.
- Es empático; es sensible y responsable ante las necesidades y sentimientos de los demás.
- Es capaz de hacerse valer de forma efectiva y adecuada cuando es preciso.
- Aprecia el humor y responde.
- Es capaz de escuchar información que puede resultar una amenaza emocional (por ejemplo, que pone en duda creencias, percepciones y autopercepciones que valora).
- Parece haber aceptado las experiencias dolorosas del pasado; ha encontrado sentido y ha crecido a partir de estas experiencias.
- Se expresa bien; puede expresarse bien con palabras.
- Tiene una vida sexual activa y satisfactoria.
- Se muestra cómodo y relajado en situaciones sociales.
- En general siente satisfacción y felicidad en las actividades de la vida.
- Tiende a expresar el afecto en forma adecuada, en calidad e intensidad, en función de la situación y el momento.
- Tiene capacidad para reconocer puntos de vista diferentes, incluso sobre aspectos que le remueven fuertes sentimientos.
- Tiene estándares morales y éticos, y se esfuerza por vivir siguiéndolos.
- Es creativo; es capaz de ver las cosas o hacer frente a los problemas de forma original.
- Tiende a ser consciente y responsable.
- Tiende a mostrarse enérgico y extrovertido.
- Es perspicaz psicológicamente; es capaz de entenderse y entender a los otros de manera sutil y sofisticada.
- Es capaz de encontrar sentido y satisfacción en la búsqueda de objetivos y ambiciones a largo plazo.
- Es capaz de establecer relaciones de amistad cercanas y duraderas, caracterizadas por el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias.