

Evolución de las psicoterapias en un Centro de Salud Mental (1986-1993)

Juan Luis PIÑERO RAMIREZ

Equipo de Salud Mental de Distrito Este. Sevilla

Resumen

La inclusión de la salud mental en la red asistencial, tras un período de progresiva reforma que descentralizó la asistencia psiquiátrica de los manicomios, plantea nuevas demandas asistenciales que requieren a su vez planteamientos distintos a los hasta ahora desarrollados. Por otra parte, la presencia de los psicólogos en este servicio público comunitario, como personal no médico, supone la apertura de nuevas respuestas profesionales como las psicoterapias. El método analítico, que incluye un discurso distinto al discurso médico, puede sostener e inspirar respuestas psicoterapéuticas en los Centros de Salud Mental, incluidos los tratamientos individuales en grupo, a través de los instrumentos de la escucha y la palabra.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica, servicio público, Equipo de Salud Mental de Distrito, psicoterapias, psicoanálisis, inconsciente, deseo, transferencia.

Abstract

The inclusion of mental health care in the Public Health System, following a period of progressive reform which decentralized psychiatric care in mental hospitals, raises new welfare demands which, in turn, call for different approaches to those already developed. On the other hand, the presence of psychologists in this Public Community Service as non-medical personnel entails the introduction of new professional responses such as psychotherapy. The analytical method, which involves a distinct form of reasoning to medical reasoning, inspires certain psychotherapeutic responses in the District Mental Health Care Teams. These include individual treatments within groups based on listening and speech.

Key words: Psychiatric reform, Public Community Service, District Mental Health Care Team, psychotherapy, psychoanalysis, unconscious, wish, transference.

El reto que los profesionales de salud mental tuvieron en la década de los setenta fue asumir e impulsar la reforma psiquiátrica, cuyo epicentro era el descentramiento manicomial y la consi-

guiente desinstitucionalización de los pacientes psiquiatrizados. Para ello no era suficiente con contar con una ideología política. Se necesitaba una teoría sobre los hospitales psiquiátricos y sus

mecanismos cronificadores y una técnica de abordaje socioterapéutico e institucional, al par que contar con un proyecto alternativo de organización e inclusión de la salud mental en el esquema global de la sanidad.

Cuando a mediados de los ochenta se asienta y se oficializa la reforma psiquiátrica en Andalucía, el desafío profesional se centra, entre otros puntos, en la organización de los Centros de Salud Mental en el seno de la comunidad y en el tipo de asistencia a prestar en estas nuevas instituciones. Como antecedente inmediato, que aún subsiste compartido con estos nuevos servicios, están las consultas de neuropsiquiatría incluidas como otra especialidad más en los ambulatorios generales de la seguridad social. De sobra es conocido el tipo de prestación y el planteamiento asistencial que se dispensaba por parte de estos neuropsiquiatras. Una apuesta que contrasta con este enfoque ha sido la aparición y el desarrollo de la psicoterapia en un servicio público de salud mental. Hasta esos momentos la psicoterapia sólo existía en el marco de actividad privada según el esquema consolidado de demanda a un profesional privado, dentro de una variada gama de enfoques y de regulación contractual en tiempo y en honorarios entre terapeuta y paciente.

El diccionario de psicoanálisis de Laplanche-Pontalis (1968) define la psicoterapia, *en sentido amplio*, como *todo método de tratamiento de los trastornos psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc...; en este sentido el psicoanálisis es una forma de psicoterapia.* (pg. 335).

Recientemente acudió en primera consulta a nuestro Centro de Salud Mental un hombre de 55 años aquejado de impotencia sexual que duraba ya varios meses. Su mujer le había instado para que acudiera al médico de cabecera quién, a su vez, lo derivó al urólogo de zona. Este no encontró causa orgánica en su trastorno y lo remitió de nuevo a su médico de cabecera, apuntándole que se estudiara psiquiátricamente. El médico de cabecera acepta esta indicación y lo envía con un volante al Centro de Salud Mental, si bien en un informa aparte, aunque solicita nuestra valoración, sigue apuntando hacia una causa orgánica, esta vez en una línea neurológica. El paciente se resiste en acudir al psiquiatra, pero cede a la insistencia de su médico. Dice venir porque no sabe lo que le está pasando y que si lo supiera no vendría.

Este caso ilustra algunas de las vicisitudes que prolongan la aparición de una demanda en el centro. *“No entiendo lo que me pasa”, es una queja frecuente por parte del paciente, ya que de pronto el sujeto se ve interpelado por un síntoma como por un lapsus o por un sueño y lo primero que surge ante esta experiencia de des-ser, de la división subjetiva, por donde puede aparecer el deseo y sus peligros, es la demanda de un saber que obture esta división. Esta demanda está siempre presente y es la respuesta que recibe la que definirá la situación.* señala Schwartz (1990) en *La clínica psicoanalítica.* (pg 42).

En 1904, en una conferencia pronunciada en el colegio de médico de Viena, a la edad de 48 años, Freud (1922) decía: *“La psicoterapia nos ofrece procedimientos y caminos muy diferentes, cualquiera*

de ellos que nos conduzca al fin propuesto, a la curación del enfermo, será bueno. Las promesas de mejoría que prodigamos consoladoramente a los enfermos corresponden ya a uno de los métodos psicoterapéuticos. Pero al abondar en la esencia de la neurosis no hemos hallado nada que nos obligue a limitarnos a semejante consuelo y hemos desarrollado las técnicas de la sugestión hipnótica y las de la psicoterapia por distracción y entretenimiento y por provocación de afectos valorables. Todos ellos me parecen estimables y las emplearía en circunstancias apropiadas. Si, en realidad me he limitado a un único método, al que Breuer denominó "catártico" y yo prefiero llamar "analítico", ha sido tan solo por razones subjetivas. A consecuencia de mi participación en la génesis de esta terapia me siento personalmente obligado a consagrarme a su investigación y al perfeccionamiento de su técnica. Puedo afirmar que la psicoterapia analítica es la más poderosa, la de más amplio alcance y la que se consigue una mayor transformación del enfermo. Abandonado por un momento el punto de vista terapéutico, puedo afirmar también que es la más interesante y al única que nos instruye sobre la génesis y la conexión de fenómenos patológicos. (O. C. pg. 1009).⁽⁹⁾

Transcurrido noventa años de investigación y evolución en el método analítico y también tras un recorrido profesional y técnico por otras psicoterapias, a la vez emparentadas con el psicoanálisis (socioterapia institucional, estrategia de grupo, psicodrama, bioenergética), nos proponemos reflexionar sobre estos ocho años de aplicación de la psicoterapia en un Centro de Salud Mental Público

desde el discurso psicoanalítico que, inaugurado por Freud, se sigue desarrollando hoy en la línea de Jacques Lacan. La actividad terapéutica en todo este tiempo está atravesada por un proceso de interrogantes teóricos y de cambios técnicos, al par que cuestionada por las demandas que nos vienen de esta nueva realidad que es el servicio público y de la aplicabilidad en el mismo de intervenciones de corte analítico.

Etapas de transición

En 1983 la Diputación Provincial de Sevilla acuerda sectorizar el Hospital Psiquiátrico de Miraflores como primer paso del descentramiento hospitalario y de aproximación a la psiquiatría comunitaria. Los profesionales que habían realizado años atrás el «Salto a la tapia» como experiencia de aproximación y sensibilización de la población hacia el manicomio, tenían que prepararse para saltar a su vez la tapia que también les había tenido aislado y cronificados. La plantilla de técnicos del hospital psiquiátrico iba a ser el embrión de los centros de la nueva psiquiatría sectorizada. El bagaje teórico y técnico y "la puesta a punto" subjetiva con que contaba y que les sirvió para activar la reforma hospitalaria psiquiátrica, no era suficiente para la empresa de acometer una asistencia terapéutica adecuada en el seno de la comunidad.

Y para hacer frente a las nuevas exigencias asistenciales el recurso más común fue la terapéutica grupal. Desde años atrás, en el Hospital de Miraflores,

⁽⁹⁾ El número de página que aparece en las citas de Freud corresponde al de su ubicación en la edición utilizada de sus *Obras Completas* (O.C.).

psicoanalistas argentinos de corrientes post-freudianas habían introducido, a través de seminarios teóricos y prácticos impartidos en el propio centro, las técnicas de grupo de Pichón-Riviere. Así Rodríguez (1961) y su texto de *Psicoterapia de grupo*, escrito en colaboración con Grimberg y Langer, ocupó un lugar teórico destacado. Junto a él, Hernán Kesselman y Nicolás Caparrós -que desde 1976 editaban la revista *Clínica y Análisis Grupal*- desarrollaron los conceptos de la psicología vincular. El primero inicia su artículo psicopatología vincular en el número 4 de la citada revista, en estos términos: «*El trabajador de la salud mental se encuentra cotidianamente con dos colosales aportes para su práctica laboral: el de la clínica psiquiátrica, especialmente, la fenomenología, y el de las llamadas corrientes dinámicas, en particular el psicoanálisis*». (Kesselman, 1977, pg. 7). Y añade renglones después: «*Todo ello para poder operar en la práctica psiquiátrica, tanto en el campo de la psicohigiene y la psicoprofilaxis como en el de la psicoterapia*». (pg. 7). En el mismo número de la revista citada Caparrós afirma: «*El grupo es un lugar de privilegio para trabajar lo interpersonal, las relaciones simétricas y asimétricas, la exclusión, la competencia, la actitud, el proyecto de acción, el aquí y ahora, todo ello puede afirmarse tras la práctica grupal. Todo ello tiene un denominador común captación no es inmediata: nos estamos refiriendo al vínculo*». (1977, pg. 35). Algo más adelante afirmará que «*el futuro de la psicoterapia pertenece al grupo aún cuando ahora sus técnicas no estén aún suficientemente afinadas*». (pg. 37).

El trabajo de grupo de alguna manera permitía, por otra parte, uno de los

objetivos terapéuticos de la reforma psiquiátrica: devolverle la palabra al loco como sujeto capaz de articular una demanda y de inscribirse en un pacto psicoterapéutico. Las actividades terapéuticas de grupo de este período, 1983-86, son grupos de psicóticos y constituyeron el objetivo central del trabajo de entonces. Se aplicó en esos momentos los patrones de seguimiento grupal para los estados psicóticos que Freedman, Kaplan y Sadock (1967) incluye en su *Tratado de psiquiatría* y que en grandes líneas, comparados con los parámetros de la psicoterapia de grupo con neuróticos, son: grupos homogéneos, con un liderazgo terapéutico más activo y directivo, hacia el que estos pacientes muestran una gran dependencia, debiendo por ello estimularse las transacciones entre los miembros, aún aceptando sus dificultades de cohesión y de comunicación. «*El grupo que puede proporcionar la única experiencia real de socialización para la mayoría de los pacientes, ofrece una gratificación más directa de las necesidades emocionales y estimula el contacto social fuera del grupo. Los pacientes tienden a proyectar sus conflictos intrapsíquicos que no deben ser interpretados por el terapeuta, cuyos objetivos en estos grupos son los de aligerar algunos síntomas específicos y mejorar el funcionamiento en una o más áreas y para la mayoría de sus miembros*». (pg. 2046).

Describiremos el tratamiento y la evolución de tres de estos grupos. El primero en orden a su importancia y duración llegó a estar constituido, en sus comienzos, por once pacientes varones entre 25 y 42 años que habían estado ingresados en el Hospital de Miraflores

en alguna ocasión. Todos ellos de estructura psicótica manifiesta. En su devenir espacio-temporal este grupo recorre el itinerario que sigue la propia reforma. Arranca del antiguo edificio del Hospital Psiquiátrico en 1983, pasa a las nuevas consultas externas del Sector Sureste a principios de 1984 y, dos años después, se incorpora al Centro de Salud Mental Sureste ubicado en su emplazamiento actual. Los pacientes de este grupo también padecerían estos cambios en el sentido de que, igualmente, cambiaron del psiquiatra que periódicamente les revisaba la vertiente farmacológica. Un primer objetivo grupal perseguido fue el de contribuir a evitar reingresos y acortar el tiempo de éstos en caso de producirse, continuando asistiendo a las sesiones de grupo cuando eran hospitalizados. En un control realizado, transcurrido un primer año de existencia, sólo había reingresado un paciente, se habían celebrado 42 sesiones semanales y de 248 asistencias individuales posibles, las faltas se produjeron en 40 ocasiones (16%). Otro objetivo, puesto que eran pacientes no internados, era el de conectar e implicar asistencialmente a los familiares con quienes vivían. Realizamos para ello algunos contactos con las familias, con escasos resultados efectivos, aunque consiguiendo que contaran con nosotros en los casos de agravamiento, o para realizar las consultas que estimasen.

Igualmente fomentamos el intercambio entre pacientes fuera de las sesiones semanales. Así salían juntos en algunas ocasiones y visitaron a dos de los miembros, a uno de ellos en un internamiento temporal en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de San Lázaro y a otro que se autorrecluyó en una grave

crisis mutista en su propio domicilio. Finalmente no pudo dejar de estar presente el "imposible" objetivo de integración socio-laboral, para lo cual llegaron a entrevistarse todos ellos con el Defensor del Pueblo Andalúz solicitándole su ayuda para un proyecto de cooperativa.

El autor de este trabajo continuó como terapeuta de este grupo hasta el verano de 1988, en cuya trayectoria de tiempo realizamos 164 sesiones, siendo relevado en esta función por una auxiliar psiquiátrica que le acompañó como última colaboradora durante varios meses antes de hacerse cargo ella de su seguimiento. La reorganización de sus actividades asistenciales de los diversos profesionales a la par que una estabilización del proceso grupal y de sus objetivos motivaron el relevo. El grupo continuó sus reuniones hasta finales de 1989.

La segunda experiencia de psicoterapia realizada a lo largo de año y medio (enero 1986 - julio 1987) se refiere a un grupo de diez mujeres de diagnóstico mixto: dos pacientes neuróticas graves con múltiples atenciones en el servicio de urgencias, seis con crisis psicóticas y breves períodos de internamiento y otras dos con rasgos depresivos muy marcados, una de ellas con un grave intento de suicidio y la otra con sintomatología más neurótica. La terapéutica de este grupo tuvo un carácter menos directo y más interpretativo de las situaciones individuales o interpersonales. El grupo desarrolló una intensa vida interrelacional, con un alto nivel y frecuencia de contactos sociales, de hecho sólo hubo un 6% de inasistencia en las 57 sesiones. La tolerancia de los neuróticos a los episodios psicóticos de sus compañeros fue igualmente notable. En cuanto se refiere

a los resultados en las seis pacientes que finalizaron (dos habían abandonado y otras dos cambiaron de domicilio), una paciente psicótica se estabilizó y se le dio de alta, otra pasó a un régimen de revisiones mensuales y a las cuatro restantes, no psicóticas, se les plantearon distintas propuestas de continuación terapéutica: una individual y otras tres en grupos de neuróticos.

Finalmente señalamos una experiencia de tratamiento grupal por su característica de haberse celebrado fuera del circuito psiquiátrico. Se realizó en un local sanitario del ayuntamiento de San Juan de Aznalfarache (Sevilla). Se trataba de diez pacientes psicóticos de régimen ambulatorio seleccionado por el psiquiatra que estaba a cargo de su seguimiento asistencial desde aquel centro. El equipo que nos hicimos cargo del grupo estuvo compuesto por la trabajadora social y el psicólogo como coterapeuta y un psicólogo en formación como observador. Entrevistamos a los ocho pacientes propuestos e iniciamos las sesiones con seis de ellos, aunque luego llegaron a pasar hasta diez por el grupo, en los ocho meses que duró esta experiencia. En este período tres de los pacientes tuvieron reingresos psiquiátrico -uno de ellos promovido desde el propio grupo- durante los cuales los seguimos atendiendo en las Unidades de Agudos correspondientes, lo que contribuyó a reducir su tiempo de estancia, continuando luego sus reuniones grupales. Además, con uno de los pacientes, realizamos un seguimiento familiar semanal de tipo domiciliario, previo a la sesión de psicoterapia de grupo, que contribuyó al reajuste temporal de sus intercambios familiares. En general combinábamos

algunas visitas domiciliarias, por ausencias sucesivas o como medida precautoria ante posibles agravamientos, con la actividad grupal. Fueron sesiones muy marcadas por la violencia verbal de algunos de sus miembros, casi pasajes al acto, que requirieron un gran esfuerzo de control y sostén por parte del grupo coordinador. Al cambiar el sector tuvimos que interrumpir este trabajo.

La psicoterapia en un Centro de Salud Mental dentro del marco de atención general sanitaria

La incorporación de los servicios de salud mental a la red sanitaria pública supone una medicalización generalizada de las demandas derivadas del sufrimiento psíquico. A través del sistema de atención primaria establecido -médicos generalistas de ambulatorio o médicos de familia de centros de salud- accede una petición de consulta especializada, por derivación de aquellos, cuando así lo considera necesario, a los Centros de Salud Mental. La masificación del sistema sanitario y el recurso generalizado al médico enmarcan la primera consulta de un paciente a los especialistas de salud mental. La relación con el propio médico de cabecera, el tipo de consulta que éste tenga instaurada, los procedimientos administrativos de derivación al servicio de salud mental, las relaciones que entre sí mantengan ambos dispositivos y el sistema de acogida que el propio Centro de Salud Mental disponga, constituyen el prólogo inevitable y variado de una primera consulta con el Equipo de Salud Mental.

La salud mental había sido asumida por el macrosistema de una seguridad social autonómica. Pero, ¿es la salud

mental otra parcela más, como a efecto de distribución espacial hospitalaria pareciera serlo, equivalente, por ejemplo, a la salud digestiva o la salud renal? Enfermedad, curación, alta, ... ¿se incorporan tales conceptos a este área con la misma traducción que en otras especialidades? Pero volvamos a la parcela de la psicoterapia en un Centro de Salud Mental como posible respuesta a la demanda que parte del malestar psíquico individual. En principio entre ambos momentos, demanda y psicoterapia, se introduce una larga espera que aludiendo a una soportabilidad sintomatológica incluye un aplazamiento de la respuesta. Esta situación de espera para la psicoterapia coexiste junto con otras demandas que son atendidas de forma más inmediata y con "resultados" más rápidos por vía farmacológica, incluso desde la medicación transitoria que puede administrar el médico de cabecera. Por otra parte la respuesta psicoterapéutica, de entrada, no cura el síntoma, sino que induce a hablarlo.

La psicoterapia que irrumpe como una nueva prestación asistencial, hasta ahora no contemplada en el abanico de servicios que se ofrece al asegurado, proviene de una tradición de la práctica privada donde los honorarios ocupan un lugar central: aluden a un tipo de implicación y valoración del paciente y a una relación con el terapeuta. En la práctica pública instaurada, actualmente, el compromiso del paciente y el contacto terapéutico establecido no cuenta con este factor de intercambio social y simbólico. ¿Cómo se maneja entonces la nueva situación? ¿Se crea una psicoterapia de mañana distinta a la de la tarde, por aludir a los momentos del

día en los que ambos ámbitos asistenciales, público y privado, suelen desarrollarse? Siguiendo con este hilo conductor hay que reseñar que mientras en la psicoterapia privada la demanda se formula a un profesional singular, no sucede igual en el servicio público en el que se deriva a un equipo. Tras el filtro del médico titular de cabecera hay que contar con la sugerencia del mismo hacia la consulta de salud mental, la traducción transferencial médica que ello incluye y el lugar que la familia y el propio paciente ocupan en este primer momento en el que se le deriva. El propio funcionamiento y organización del Equipo de Salud Mental va a terciar igualmente de forma notoria en el proceso que vamos siguiendo: el profesional que hace la primera consulta, la mediación inevitable del equipo de admisión (citas, burocracia, manejo del teléfono), la presencia de distintos enfoques asistenciales e incluso psicoterapéutico y la distribución del espacio físico asistencial, terciar en este recorrido.

Discurso médico y discurso psicoanalítico

Accedemos al ámbito sanitario general donde el discurso médico está establecido. Los referentes conceptuales y clínicos de este discurso lo podemos reunir extrayéndolos de la lectura de Clavreul (1978) en su obra *El orden médico: «Lo único que sostiene el discurso médico es su objetividad, su carácter científico que es su imperativo metodológico»*. (pg. 27). *«El objeto de la medicina es la enfermedad y el saber médico es un saber sobre ella, no sobre el hombre, que interesa al médico como terreno en el que*

evoluciona la enfermedad. "Usted padece una enfermedad. Su cuerpo está habitado por una enfermedad en la que usted no está personalmente comprometido". El enfermo es así invitado a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede borrándose la posición del enunciatador del discurso, en el enunciado de su sufrimiento. (pg. 109). *«El enfermo pasa a ser un cuerpo extenso donde leer y el sufrimiento se llama síntoma... Lo que sellará su entrada en el discurso médico es el nombramiento de la enfermedad, el diagnóstico.* (pg. 109). Y puede ser *«más fácil, y hasta hace más feliz, contentarse con el espectáculo del propio dolor que con las ambigüedades del discurso que se puede enunciar a partir de la propia posición subjetiva.* (pg. 221).

La presencia de un psicólogo en este marco simbólico y de *praxis* que el discurso médico supone, le plantea a este profesional un importante problema acerca de su modo de inclusión. Los fenómenos de identificación, contraidentificación o confrontación dialéctica imaginaria serían derivaciones del proceso de asimilación que puede producirse en el psicólogo. Es frecuente que los psicóticos activos, las urgencias, los trastornos de base orgánica o las depresiones severas se deriven a los médicos psiquiatras desde el área sanitaria cuando no desde el equipo de admisión del propio Centro de Salud Mental, quedando los psicólogos relegados de estos casos y relegados de otras "psicoterapias". Esto coincide con la ausencia de psicólogos en las cuatro unidades psiquiátricas de los hospitales generales de Sevilla y con la tendencia generalizada, no solo en el Reino Unido, al abandono del concurso

de los psicólogos en el cuidado de los enfermos más graves (Torres, 1993).

Las intervenciones psicoterapéuticas que se fundan en el psicoanálisis se ubican no en el discurso médico sino en otro discurso: el discurso psicoanalítico. Mientras que la medicina excluye y desconfía del deseo, Ritter (1992) afirma que *«si tuviera que dar una definición del psicoanálisis diría que es una experiencia del deseo... deseo inconsciente, que es más bien lo que el hombre no espera, lo que el yo condena a la existencia oculta en la represión, volviendo del exilio, por su indestructibilidad, a través de los síntomas.* (pgs. 1 y 2). En la misma línea se expresa Schwartz (1990): *«La idea misma de curación es rebatida por el psicoanálisis si ésta apunta a una especie de armonía entre el sujeto y su medio. La presencia en el ser humano del deseo ligado al usufructo del lenguaje lo convierte en alguien en conflicto con cualquier armonía social como lo demuestra Freud en "El malestar en la cultura".* (pg. 37). *«El psicoanalista no pretende eliminar la neurosis, sino favorecer la expresión del deseo humano desbloqueando las vías sublimatorias y reduciendo el sufrimiento que la lucha contra el deseo inconsciente provoca, entendiendo el deseo no como algo del orden de la volición, en el sentido psicológico, sino como una estructura inconsciente inarticulable en palabras, antinómica al yo y a la conciencia, pero articulada en el fantasma fundamental de cada hablante-ser,* precisa Schwartz (pg. 138). En el discurso analítico el que sabe es el analizante, y es que el saber inconsciente está ya ahí antes de que salga a la luz. Así lo recoge Antoni Vicens en su prólogo a la obra citada de Clavreul (1978): *«La cura*

no es el suministro de un saber a un paciente. La labor analítica consiste en combatir las resistencias internas al propio saber inconsciente del analizante, hasta sus límites propios y no en su ilimitación universitaria. (pg. 8).

La dirección hacia la que apunta este mosaico de textos, pone sobre el candelero lo lógico de las relaciones conflictivas del psicoanálisis con la sociedad en general. No es de extrañar pues el psicoanálisis se ocupa de aquello que individual o colectivamente tratamos de mantener inconsciente y desconocido, empeño que el psicoanálisis no prejuzga en su legitimidad, ni en su bondad. El psicoanálisis no es una moral y jamás ha dicho que lo reprimido sea un mal y que se pueda prescindir de la represión, que es constitutiva del sujeto humano. La intervención del psicoanalista nos recuerda lo cuestionables que son nuestras certidumbres y nuestra ilusión de controlar conscientemente nuestra vida y nuestro destino. En resumen, para el psicoanalista el sujeto es un objeto, mientras que para el médico es la enfermedad. El propio Freud, proveniente de la medicina como neurólogo, buscaba en un principio la eliminación de los síntomas, método que abandona para fundar el psicoanálisis y emplear sólo la palabra y sus efectos.

Volviendo a nuestro encuadre de la psicoterapia en los Centros de Salud Mental se plantea cómo se puede aplicar aquí el método psicoanalítico. No se trata de trasladar el dispositivo de la cura analítica en su habitual despliegue: diván, varias sesiones semanales, honorarios,... sino realizar intervenciones que se mantengan dentro del discurso analítico. La ética del psicoanalista es renun-

ciar a influir o sugestionar. El psicoanálisis ni educa, ni normaliza, ni aconseja, ni siquiera impone el camino de una psicoterapia. *«El sujeto llega sin la menor idea de a qué viene, por lo tanto es imprescindible llegar a un acuerdo a partir de entrevistas preliminares y atreverse a no aplicar ninguna técnica sin una demanda que se asiente en algo que sea psicoanalítico. Es esta demanda la que va a sostener todo el proceso y se inicia con la puesta en marcha de la transferencia»*, afirma Schwartz (1990, pg. 43) en la obra señalada.

Los instrumentos de la escucha y de la palabra en sus diversas modalidades de aplicación

Un interlocutor imparcial, al que Freud (1922) imaginaria presente en una de sus sesiones, se preguntaría: *«Veamos ahora pues que es lo que el analista hace con el paciente»*. (O.C., pg. 2913). En *La cuestión del análisis profano* le contesta: *«Lo único que ocurre entre ellos es que hablan... El analista cita al paciente a una hora determinada del día, le hace hablar, le escucha, luego le habla y hace que el paciente le escuche»*. (O.C., pg. 2914).

«El psicoanálisis subvierte la noción misma de psicoterapia. La hipnosis y la sugestión eran la prolongación directa del discurso médico, en el sentido de que el médico influiría decisivamente en las ideas exactas que el enfermo tenía que tener en lugar de las suyas propias para que desapareciese la neurosis... Pero la teoría psicoanalítica no es un cuerpo doctrinario que habría que enseñar, sino el conjunto de pautas que permite el analista escuchar al paciente. Este sufre

por no poder decir lo que tiene que decir, por no poder "representar" sus pulsiones sino bajo la forma desorientadora de sus síntomas, puntualiza Clavreul (1978, pgs. 209 y 210). Y Vicens (1985) añade: *«El problema principal es el síntoma cuyas formas podemos empezar a estudiar en la palabra misma. Se trata también de las formas clínicas sintomáticas descubiertas por el psicoanálisis y que tienen su manera propia de hablar»* (pg. 74), y es que *«las funciones freudianas de la palabra no se definen por la comunicación, aún cuando la incluyan junto al malentendido, sino por el deseo»*. (pg. 77).

Frente a los fármacos del psiquiatra, a las recomendaciones de los consejeros, a las enseñanzas de los maestros y a la comprensión de un buen "padre", la escucha y la palabra son nuestras herramientas en la intervención analítica. Cuando un paciente se sienta por primera vez frente a frente y se le señala tan solo un "Le escucho", y a su desconcierto reflejado en el "¿que quiere que le cuente?", se añade: "diga lo que se le ocurra", se está creando un encuadre que posibilita una intervención psicoterapéutica según el modelo psicoanalítico. Lo que sigue trata de ser el reflejo de esta apuesta de tratamiento llevado a cabo en sus distintas modalidades y en sus etapas evolutivas desde un puesto de psicólogo del Centro de Salud Mental Este de Sevilla desde su apertura en marzo de 1986 hasta el momento presente.

Empecemos por el final y así continuaremos en la paradoja en la que estamos sumergidos desde el principio. Se trata de algunos datos del balance asistencial mensual a efectos estadísticos -la Administración nos pide "cuentas" y "resulta-

dos efectivos", (¿eficacia para qué?)- del pasado mes de septiembre. Las intervenciones psicoterapéuticas individuales de este mes fueron 66 referidas a 23 pacientes. Se trata de sesiones cara a cara reguladas con periodicidad semanal, salvo una semana cada ocho en que sólo se atienden las consultas urgentes y preferentes de todo el Centro de Salud Mental, según un cierto esquema de sesiones breves y que, en cuanto a su duración, se extiende entre diez y treinta minutos. Las neurosis, construidas para mantener una transacción alrededor del deseo indecible y que poseen su beneficio de enfermedad, y la psicosis con su pérdida de realidad según Freud o con la aparición de un significante en lo real (alucinaciones verbales de la paranoia) no inscrito en lo simbólico según Lacan, pueden ser objetos de estas intervenciones, obviamente según pautas técnicas diferentes. El trabajo de elaboración, las interpretaciones y los efectos transferenciales son conducidos en el primer caso a impedir que el Yo obture la división del sujeto que el deseo instaura y, en el caso de la psicosis, se trata de ocupar un lugar que permita un sostén y una contención imaginaria eludiendo toda interpretación -ya que éstas pueden precipitar un brote delirante- procurándose como objetivo una estabilización de la psicosis.

En el balance-resumen de cada mes se incluyen las ausencias a las citas regladas, y aunque este aspecto no le interesa a la Administración, no podemos dejar de plantearnos las diversas posibles causas y medidas a adoptar, cuando nos competen, ante estas faltas. El mes largo de demora, la posible remisión sintomatológica, los efectos de la frecuente medicación que traen del médico

de cabecera o el recurso a las vías de urgencias y, menos, al de las vías de asistencia privada, pueden estar en el origen de las ausencias a las primeras consultas. De todos los pacientes citados individualmente hubo doce ausencias. Siete de ellos se reintegraron a las sesiones, aunque el significado de esta ausencia se retomase con posterioridad en el tratamiento. Otros cuatro abandonaron en el transcurso de las sesiones preliminares. Estos abandonos aparecen con mucha frecuencia en los tratamientos que se inician tras una petición apremiante por la vía urgente o preferente, donde, cedida la alta tensión de angustia o disminuida la agudeza sintomatológica por la asistencia recibida, se evidencia la inexistencia de una demanda de tratamiento psicoterapéutico. La última de las ausencias se dio en un tratamiento ya instaurado, siendo su origen desconocido. Aparte de aspectos transferenciales o contratransferenciales no resueltos y de errores teóricos o técnicos que habría que supervisar, aparecen abandonos en estas psicoterapias ya asentadas cuando se produce un alivio de los síntomas (en el método analítico la cura "se da por añadidura"), que pudieran reaparecer más tarde dando lugar a nuevas peticiones de consultas, como hemos comprobado en diversas ocasiones.

De los citados pacientes en tratamiento psicoterapéutico individual hubo dos altas. Cuando el interlocutor imaginario de *La cuestión del análisis profano* le pregunta a Freud (1922) si su palabra es una especie de magia que hace desaparecer las dolencias, éste la contesta: *-Exactamente sería un sortilegio si hubiera efecto con mayor rapidez. La rapidez es un elemento constitutivo del acto*

mágico. Pero los tratamientos analíticos requieren meses, incluso años. (O.C., pg. 2914). Y en *Sobre psicoterapia* reconocía: *-el tratamiento psicoanalítico plantea grandes exigencias, tanto al enfermo como al médico... Por mi parte no tendría nada que oponer al empleo de procedimientos terapéuticos más cómodos, siempre que en ellos se obtuvieran también resultados positivos. Pero mientras que un tratamiento penoso y largo cure mejor que otro sencillo y breve, habremos de preferir siempre el primero, no obstante sus inconvenientes.* (O.C., pg. 1010).

Sin embargo nuestros tratamientos se encuentran inmersos en una institución de salud mental donde es evidente que no se plantea la aplicación del método psicoanalítico en sentido estricto, sino intervenciones que se mantengan dentro del discurso analítico. ¿Y entonces el alta? En estos dos casos lo plantearon los propios pacientes, tras varios meses de tratamiento. En la actualidad hay tratamientos semanales que se prolongan ya desde hace años: tres psicóticos, seis neurosis graves y una estructura melancólica. Habitualmente los planteamientos del alta los hacen los pacientes cuando pueden hacerse cargo de su propia "enfermedad" y del atolladero subjetivo en el que ésta les había ubicado. Son altas conscientes de su fragilidad tras alcanzar un mejor grado de convivencia con su propio conflicto y un mejor índice de "salud" física, laboral, doméstica o sexual. Se trata, en definitiva, de un cierre de la demanda que durante un tiempo han sostenido, merced a la transferencia y acuciados por el malestar sintomatológico.

Es el momento de señalar algunas de las novedades que este marco del servicio

público supone para el ejercicio de la psicoterapia. Muchos de los pacientes que inician un tratamiento de la índole que estamos exponiendo, arrastran un recorrido farmacológico del que difícilmente pueden desprenderse. En algunos casos se puede hablar de "toxicomanía" por el uso abusivo, reiterado o precipitado de fármacos. Requieren el concurso del médico para que, una vez finalizado el método psicoterapéutico, se les programe y revise el progresivo abandono de los fármacos. Esta duplicidad de consulta plantea problemas de tentaciones de "puenteo" o de interferencia de enfoques que pueden distorsionar el proceso. No buscamos de por sí el alivio de los síntomas, ya que la remisión de estos resulta sumamente engañosa puesto que su desaparición puede dar lugar a la aparición de otros si las condiciones inconscientes que motivaron los primeros siguen vigentes. Hay que hacer hablar al síntoma, sabiendo además -como conocemos desde la clínica psicoanalítica- que la organización neurótica soporta el dolor, se sostiene sobre un masoquismo no desmentido por el lamento del interesado, ni por la afirmación de que aspira a una vida mejor que la que le es impuesta. Con todo, algunas situaciones graves, aunque no sean psicóticas (cuadros depresivos agudos, niveles de angustia o de somatizaciones muy acusadas, insomnio persistente, etc...) supondrá la colaboración farmacológica atendiendo compartidamente la evolución del caso. Los tratamientos de las psicosis manifiestas no sólo requieren el concurso y el seguimiento farmacológico compartido con un psiquiatra del equipo, sino que incluso podrán exigir en algún caso el requerimiento de su ingreso psiquiátrico en la unidad correspondiente.

Las relaciones con los médicos de cabecera, inspectores médicos, médicos de empresa u otros especialistas "exigen" por nuestra parte informes de nuestros analizantes. Con respecto a las bajas laborales conviene que, explicándole previamente al médico de cabecera la instauración de un proceso transferencial y su carácter, se le indique que sea él mismo quien se pronuncie respecto a la baja, salvados los requisitos mínimos exigidos: diagnóstico y pronóstico señalados por nuestra parte en términos que no interfieran en el tratamiento. Siempre la información requerida hay que transmitirla, accesible al paciente y en términos que no enturbie el proceso psicoterapéutico. Habrá caso excepcionales que como tales deberán ser abordados.

Continuando el resumen estadístico del citado mes de septiembre de 1993 hay que anotar que a dos de los pacientes en seguimiento individual se les propuso y aceptaron continuar el mismo, pero "en grupo". Analizaremos los pormenores de este "cambio" cuando estudiemos posteriormente en un apartado especial esta modalidad más reciente de intervención analítica individual en grupo. Antes volveremos cronológicamente a los primeros años de nuestro centro, en los que enlazando con los grupos de psicóticos que venían de la etapa anterior, se establecieron igualmente programas de psicoterapia de grupo para neuróticos. Ya Freud (1922) en *Psicoanálisis de las masas y análisis del Yo* definió los fenómenos grupales de la identificación y del ideal del Yo donde sitúa al líder del grupo. Así, en una primera etapa, va a hacer uso de la autoridad del médico en la transferencia. Las escuelas post-freudianas desa-

rollaron diversas teorizaciones sobre intervenciones psicoanalíticas grupales. Los apremios derivados de las experiencias de la Segunda Guerra Mundial contribuyeron al desarrollo de estas aplicaciones grupales del psicoanálisis. La tesis de Anzieu (1976) y sus colaboradores llegaron hasta conceptualizar la existencia de un Aparato Psíquico Grupal (APG de René Kaes, 1974), a partir de la teoría psicoanalítica del aparato psíquico individual.

Con estos fundamentos teóricos y técnicos, por otra parte ya muy conocidos, se desarrollaron diversos grupos terapéuticos que tenían programada una duración entre un año y dos, en sesiones semanales de hora y media y un máximo de ocho pacientes.

A lo largo de estos años numerosos cuestionamientos se han ido planteando en la evolución de los grupos, dando origen a diversas modificaciones introducidas sucesivamente. Estos cuestionamientos proceden tanto del psicoanálisis, en cuyo cuerpo teórico se fundamentan, como de la realidad institucional pública en que nos movemos. Así fueron debatidos en varias sesiones clínicas dentro del Equipo de Salud Mental y se presentaron como comunicación en las pasadas jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (celebradas en Ronda en 1989) bajo el título de *Interrogantes sobre cuestiones técnicas del uso de la psicoterapia en el ámbito público sectorizado*.

Por todas estas razones se planteó, y fue aceptado por aquel entonces, una supervisión excéntrica a la institución, con lo que pudiendo esclarecer y avanzar en la doble vía de la psicoterapia psicoanalítica y de su aplicabilidad pública.

La experiencia se extendió hasta el verano de 1990, época en que ya todos los grupos estaban clausurados. Esta modalidad de alta grupal, preanunciada en cuanto que conocían de antemano su fecha, estimulaba de una parte a la participación y a la movilización de todos los miembros pero, de otra, evidenció en la evaluación final que se hizo con cada paciente el carácter arbitrario e impositivo de tal finalización, necesitándose en diversos casos continuar un tratamiento individual o "en grupo".

¿Intervenciones psicoanalíticas individuales en grupo?

Para soslayar estos elementos arbitrarios antes apuntados y aminorar los efectos imaginarios (identificaciones al líder, ilusiones imaginarias del grupo "sin diferencia", formulaciones de interés social, sometimiento al discurso del Amo y no de los amantes,...) que la psicoterapia de grupo incluye, nos planteamos si sería posible la creación en los centros públicos de un espacio grupal abierto y permanente donde la palabra de cada uno y sus efectos en una escucha analítica fueran el único instrumento terapéutico. ¿Qué coherencia tendría un tratamiento psicoanalítico en grupo, donde la asociación libre fuera el eje del mismo y en la que a un sueño traído por un paciente pudiera, a renglón seguido, hacer aparecer otro sueño contado por otro paciente y donde, por tanto, esta asociación libre de algún modo estuviera "estimulada" por lo oído anteriormente? ¿Se trataba de un proyecto ilusorio y habría que continuar con exclusivos tratamientos individuales en sesiones breves como única intervención psicoanalítica posible en la práctica pública?

El sistema de primeras consultas cambió en el Centro de Salud Mental Este de Sevilla, pasando éstas a distribuirse por igual entre todos los psiquiatras y psicólogos, de modo que se hizo cada uno cargo del seguimiento de los pacientes desde su primer contacto con el dispositivo. Esto permitió, desde mediados de 1989, seleccionar entre los pacientes que estaban en tratamiento individual recién iniciado, a los que pasarían a esta nueva fórmula de tratamiento en grupo. Se excluyó de esta posibilidad a los pacientes psicóticos, los casos de inhibición intensa o de introversión que bloqueaba la propia sesión individual, también cuando el control de la auto o heteroagresividad era muy bajo o en aquellos en los que la duda diagnóstica se prolongase más allá de las primeras sesiones. Ya en 1905 Freud daba una cierta relación de contraindicaciones del tratamiento analítico. Entre otras: imposición de los familiares; las psicosis y los estados de confusión mental y de melancolía profunda; aludía también a un tope de edad que, por aquel entonces, situaba en los cincuenta años y, también, en los casos de necesidad de supresión de fenómenos amenazadores, por ejemplo en una anorexia histérica. El tratamiento en nuestros grupos se estructuró en sesiones semanales de entre una hora y hora y media de duración, y en las que la consigna era la misma que en sesiones individuales: "¿qué van pensando?". La distribución del tiempo entre todos se adaptó a la situación, al decir y al silencio de cada uno de los nueve componentes que, como máximo, pueden llegar a estar en estas sesiones. No hay diálogo, como dice Lacan, cada uno habla de sí mismo en sus propias asociaciones en las que se

puntúan, interpretan o remiten en cada caso. Incluso existen unas normas de abstinencia tanto de no comentar fuera de la sesión lo oído, como de excluir cualquier relación o intercambio entre los pacientes en el exterior: el tratamiento no es socioterapéutico y el "material" de cada uno no debe substraerse o resistirse convertido en charlas o en excusas yoicas.

Cuando tras las primeras entrevistas y establecido ya un vínculo transferencial, a cada uno de estos pacientes se le plantea esta alternativa de tratamiento en grupo, se hace por un tiempo sin límite y con una doble finalidad añadida sobre los tratamientos individuales establecidos. De una parte la demanda abundante que nos llega a un servicio público y, de otra, la cobertura docente en forma de observador silencioso que hemos de cumplir -y que no es posible realizar en un tratamiento individual- y en la que han participado siete PIR y cinco MIR de psiquiatría, durante seis meses los primeros y a lo largo de un año los segundos. Un solo dato estadístico: de los 82 pacientes que ya participaron en este tratamiento, 24 plantearon explícitamente y resolvieron darse de alta en el transcurso de varias sesiones, entendida el alta como resultado de un recorrido subjetivo, extenso en el tiempo y en el decir de sí mismos, que les resituaba frente a su malestar. Éste, por otra parte, se había amortiguado o incluso desaparecido y aun reconociendo en bastantes casos lo inadecuado del proceso psicoterapéutico, también manifestaban su decisión de dejarlo en ese momento. En definitiva, la demanda, aunque inscrita en un método analítico en el que el deseo se refiere más a la verdad que a la salud, también se enmarca en un Centro de Salud Mental;

esto es un hecho estructural e institucional que constituye la segunda parte del binomio que nos atañe: el servicio público.

Cerremos el capítulo del control mensual elaborado para la estadística del centro, señalando los datos incluidos en el balance del ya citado mes de septiembre referidos a esta asistencia en grupo. Se realizaron 14 sesiones en los tres espacios grupales semanales constituidos que supusieron 66 asistencias de 81 posibles, lo que representaba un 82% de asistencia a esta modalidad de tratamiento. En la actualidad el seguimiento escrito de cada paciente en grupo se hace en la historia individual que se le abrió al llegar al centro, habiéndose eliminado las historias y controles de grupo que antes se realizaban. En total durante este mes se habían atendido a 59 pacientes que habían realizado 150 sesiones. Pero no es nuestra intención concluir con el discurso de la estadística, aunque no se pueda dejar de tenerlo en cuenta puesto que tiene que ver con la vertiente de la amplitud de la demanda. Concluyamos estas notas tal y como las abrimos trayendo un apunte sobre un caso. Al principio mencionábamos la llegada de un paciente al centro con su recorrido exterior previo, ahora vamos a hablar sucintamente de la salida de un paciente, tras su recorrido subjetivo por uno de estos tratamientos psicoterapéuticos. En enero del 92, tras un mes de espera, realiza su primera consulta una «paciente de 27 años que refiere tristeza, ideas de muerte próxima y ansiedad. Ruego valoración», decía el parte de consulta remitido por su médico de cabecera. Refiere estar anímicamente mal desde hace dos años y medio que la operaron de un pecho y,

aunque todo salió bien, siente molestias, tiene la «obsesión de que voy a tener un cáncer de pecho»: «siempre estoy sobresaltada, temiendo la muerte, mía o de mis padres, mi hermano o mi novio». Se ve muy disminuida en todo este tiempo: «antes era activa y más fuerte y ahora no soy capaz de coger un libro, me da vergüenza hablar y al entrar en un centro así me pongo con sudores». Tras una profunda descripción sintomática esta primera consulta y tres siguientes entrevistas donde su historial neurótico se despliega, aparecen las primeras referencias a sus sueños y unos atisbos de cuestionamiento subjetivo al par que temores de respuestas, por parte del terapeuta, de minusvaloración hacia ella de semejante orden que anteriores relaciones con algunos hombres. Con esta base se le apunta continuar este incipiente tratamiento pero en grupo. Así lo hace durante año y medio, hasta que a la vuelta del verano en su sesión 62, se plantea el alta. Refiere encontrarse bien de salud, tanto en lo referente a las molestias físicas como a sus temores. Afirma estar embarazada y sobre todo ha aprendido mucho de sí misma en el transcurso del tratamiento. «En cuanto a saber de mí y sobre mí creo que me quedaría mucho más tiempo, pero decido dejarlo aquí» dice al final. Se le acepta el alta desde el Centro de *Salud Mental*.

A modo de final inacabado

Tanto los interrogantes planteados en el mencionado encuentro de Ronda de hace cuatro años, como los dos años de supervisión de actividades psicoterapéuticas de base psicoanalíticas del sector público e incluso estos propios apuntes, subrayan una doble inquietud.

De una parte el psicoanalista no puede dejar de señalar lo primero y más importante que le ha enseñado su práctica y es que el animal humano antepone su libertad de desear a la satisfacción de las necesidades físicas. Y aunque a veces aparentemente se resigne conscientemente a renunciar al deseo, sus síntomas no dejarán de proclamar su deseo de desear.

De otra parte habría que recordar que la preocupación por la salud y el bienestar, tanto individual como colectivo, son un motor constante que la reflexión sobre Freud y el campo freudiano puede dar al psicoanalista -sin pervertir el método, ni hacerlo desde una posición ideologizada o culposa- determinados conocimientos y estrategias que le permitan colaborar en un campo más amplio que la estricta cura analítica del dispositivo habitual de la práctica privada.

Se trata pues de un testimonio incompleto, quizás de tanteo en algunos momentos por los vaivenes o vacilaciones del propio camino que uno recorre, pero que desea suscitar las mismas preguntas, dudas y apuestas que se nos siguen planteando, aunque sea por el camino del desacuerdo o la controversia. La formación clínica y analítica continuadas, al par que mantenerse atento a los desafíos de nuestra época, son sus coordenadas. En ello seguimos.

Referencias

- ANZIEU, D. (1976). *El grupo y el inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1978.
- BION, W.R. (1961). *Experiencias en grupo*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- BLEGER, J. (1970). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- CAPARROS, N. (1977). De la psicoterapia individual a la psicoterapia de grupo. *Clinica y Análisis Grupal*, 4 (1), 30-39.
- CLAVREUL, J. (1978). *El orden médico*. Barcelona: Argot, 1983.
- FREEDMAN, A.M.; KAPLAN, H.I. y SADOCK, B.J. (1967). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1982.
- FREUD, S. (1922). *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- GRIMBERG, L.; LANGER, M. y RODRIGUE, E. (1961). *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- KAES, R. (1974). *El aparato psíquico grupal*. Barcelona: Granica Editor, 1977.
- KESSELMAN, H. (1974). Psicopatología vincular. *Clinica y Análisis Grupal*, 4 (1), 6-29.
- LACAN, J. (1981). *El seminario. Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1971.
- PICHON-RIVIERE, E. (1979). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- RITTER, M. (1992). *Del deseo al fantasma*. Seminario inédito.
- SCHWARTZ, M.V. (1990). *La clínica psicoanalítica*. Barcelona: Logos.
- TORRES, F. (1993). Evaluación de servicios a través de análisis de la demanda. En V. Aparicio (Coord.). *Evaluación de servicios en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- VICENS, A. (1985). *Lacan en el psicoanálisis*. Barcelona: Ariel.