



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Máster Universitario en Dirección e Intervención
Sociosanitaria

Intervención psicoterapéutica grupal dirigida a personas con depresión y ansiedad en España

Trabajo fin de estudio presentado por:	Sara García Martínez
Tipo de trabajo:	Proyecto de Intervención Sociosanitaria
Director/a:	María Georgina Rita Granero
Fecha:	2020/2021

Resumen

El presente trabajo es la propuesta de un proyecto de intervención psicoterapéutica grupal dirigida a pacientes con ansiedad o depresión, como tratamiento complementario a la terapia individual ofrecida desde el sistema público de salud. En España la demanda de atención psicológica en los servicios de Atención Primaria es elevada. Actualmente existen largas listas de espera para tener una cita con un profesional del Área de Salud Mental. Además, el creciente aumento de síntomas asociados con depresión y ansiedad suponen un elevado gasto farmacéutico, mantienen e incrementan la cronicidad de algunas patologías y tienen un impacto negativo sobre la sociedad. Teniendo en cuenta los recursos y el funcionamiento del sistema público de salud y los beneficios aportados por la terapia en formato grupal, se ha desarrollado el siguiente proyecto, pensado para cualquier centro de salud que disponga de los recursos materiales y humanos suficientes. El proyecto se contextualiza en el Servicio Riojano de Salud, con objetivo de aliviar los síntomas, promover un contexto de apoyo y favorecer al fortalecimiento personal, emocional y social de las personas, con el propósito de lograr la reducción de consumo de ansiolíticos y antidepresivos y la cronificación de algunos trastornos mentales.

Palabras clave: Terapia de grupo, Salud Mental, ansiedad, depresión.

Abstract

This work is a proposal of a psychotherapeutic intervention project aimed at patients with anxiety or depression, as a complementary treatment to the individual therapy offered by the public health system. In Spain, the psychological care demand in the Primary Care is high. Currently, there are long waiting list to have an appointment with a Mental Health professional. In addition, the increasing symptoms associated with depression and anxiety entails a high pharmaceutical expenditure, maintains and increases the chronicity of some pathologies and has a negative impact on the society. Taking into account the resources and the operation of the public health system and the benefits provided by the group therapy, the following project has been designed in a general way for any health center that has sufficient material and human resources. The project is contextualized in the Riojan Health Service, with the aim of relieving symptoms, promoting a supportive context and favoring a personal, emotional and social strengthening of the participants, with the purpose of achieving the reduction of anxiolytics and antidepressant consumption and chronification of some mental disorders.

Keywords: Group Therapy, Mental Health, anxiety, depression

Índice de contenidos

1. Introducción	9
1.1. Justificación	10
1.2. Objetivos del TFE	11
2. Marco teórico	13
2.1. Salud Mental y Sistema Sanitario	13
2.1.1. Evolución de la conceptualización de la Salud Mental	13
2.1.2. Estado de Bienestar en España.	16
2.1.3. Sistema Sanitario y Salud Mental en España.	17
2.1.4. Diferencias en la prevalencia de trastornos mentales según el género y la posición socioeconómica.....	19
2.1.5. Consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España.....	20
2.2. Diferenciación diagnóstica de los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad según el DSM-V	21
2.2.1. Trastornos depresivos	21
2.2.2. Trastornos de ansiedad	22
2.3. Terapia de grupo	23
2.3.1. Definición: psicoterapia y terapia de grupo	23
2.3.2. Objetivos de la terapia de grupo	24
2.3.3. Factores terapéuticos.....	24
2.3.4. Ventajas y beneficios.....	26
2.3.5. Limitaciones y posibles problemas de la terapia grupal	27
2.3.6. Terapia de Grupo en pacientes con depresión y ansiedad	27
3. Diseño metodológico.....	29
3.1. Objetivos del proyecto	29

3.1.1.	Objetivo general.....	29
3.1.2.	Objetivos específicos.....	29
3.2.	Beneficiarios.....	29
3.2.1.	Beneficiarios directos e indirectos	29
3.2.2.	Criterios de inclusión y exclusión	30
3.3.	Actividades y tareas.....	31
3.3.1.	Marco temporal y composición del grupo.....	31
3.3.2.	Instrumentos de evaluación	31
3.3.3.	Sesiones terapéuticas.....	32
3.3.3.1.	SESIÓN INDIVIDUAL PREVIA	32
3.3.3.2.	PRIMERA SESIÓN.....	32
3.3.3.3.	SEGUNDA SESIÓN.....	33
3.3.3.4.	TERCERA SESIÓN	33
3.3.3.5.	CUARTA SESIÓN	34
3.3.3.6.	QUINTA SESIÓN.....	35
3.3.3.7.	SEXTA SESIÓN	36
3.3.4.	Cronograma de las actividades	37
3.4.	Organigrama.....	41
3.4.1.	Organigrama de Rioja Salud	41
3.4.2.	Organigrama de Salud Mental.....	42
3.5.	Cronograma.....	44
3.5.1.	Cronograma de los objetivos alcanzados en cada sesión terapéutica.....	44
3.6.	Recursos	46
3.6.1.	Recursos materiales y humanos.....	46
3.6.1.1.	Recursos materiales	46

3.6.1.2.	Recursos humanos	46
3.6.2.	Costes directos e indirectos	47
3.6.2.1.	Costes directos.....	47
3.6.2.2.	Costes indirectos.....	47
3.7.	Evaluación	48
3.7.1.	Evaluación a través de los instrumentos BDI-2, BAI y BP.....	48
3.7.2.	Evaluación de los psicólogos: psicólogo clínico individual y terapeuta grupal..	49
3.7.2.1.	Psicólogo clínico.....	49
3.7.2.2.	Terapeuta grupal.....	49
3.7.3.	Evaluación del proyecto.	50
4.	Conclusiones.....	51
5.	Limitaciones y Prospectiva	54
	Referencias bibliográficas	56
Anexo A.	Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	61
Anexo B.	Inventario de ansiedad de Beck (BAI)	65
Anexo C.	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (BP)	66
Anexo D.	Sobreestimación y descatastrofismo	68
Anexo E.	Cuestionario de satisfacción con las sesiones psicoterapéuticas grupales	70
Anexo F.	Escala de evaluación para el terapeuta dinamizador.....	72

Índice de figuras

Figura 1. Organigrama del Sistema Público de Salud	41
Figura 2. Organigrama de la Red de Salud Mental del Sistema Público de Salud de la Rioja	43

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen de las sesiones, actividades y recursos	37
Tabla 2. Cronograma de las actividades.....	44

1. Introducción

España es el segundo país de Europa en el que más ansiolíticos se consumen (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015). Además, la presencia de psicólogos clínicos en Atención Primaria en los Centros de Salud Mental es inferior a la recomendada por la Unión Europea. De modo que la posibilidad de ofrecer un abordaje psicológico como primera opción de tratamiento se ve sustituida por la prescripción farmacológica (Jiménez y Brik, 2020).

En la población general el porcentaje de personas bajo tratamiento farmacológico, así como personas diagnosticadas de ansiedad o depresión, va en aumento, siendo los trastornos de ansiedad los que se posicionan en primer lugar (Martín Pérez et al., 2003). El exceso de medicación, las dificultades para ofrecer un seguimiento efectivo y eficaz, la limitación de recursos y profesionales y el incremento en la demanda son algunos de los factores que afectan al sistema sanitario.

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones sobre la prevalencia de problemas de salud mental en España y consumo de ansiolíticos y depresivos, con el fin de aportar datos relevantes que ayuden a conocer la realidad social actual. Los datos aportados por distintas investigaciones (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015; Cano-Vindel 2011; Jiménez y Brik, 2020; Martín Pérez et al., 2003; Rocha et al., 2010) coinciden en la influencia que ejercen factores como el género, la posición social o los recursos económicos sobre la salud mental. Además, aportan datos sobre la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión y, de cómo las desigualdades sociales hacen que determinados colectivos tengan peor salud mental. La escasez de psicólogos clínicos, junto a la corta duración de las sesiones terapéuticas, limita la acción terapéutica. Es por ello por lo que muchas personas que acuden a los Centros de Salud en busca de una atención adecuada obtienen como respuesta un tratamiento farmacológico. Sin embargo, la falta de profesionales especializados en Salud Mental hace que muchas de las enfermedades mentales que pudieran ser transitorias se cronifiquen e incluso sufran comorbilidad con otros problemas a nivel físico, mental o social (Berlanga, 1993).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, no se trata solamente de la ausencia de afecciones o enfermedades. Así, la salud mental es un componente integral y esencial de la salud, siendo

esta un estado de bienestar que permite a la persona hacer uso de sus capacidades, hacer frente al estrés normal de la vida y trabajar de forma productiva contribuyendo a su comunidad. Es así un fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2018).

En relación con todo lo expuesto, resalta la necesidad de crear políticas nacionales de salud mental que no se ocupen únicamente de los trastornos mentales, sino tratar de abordar cuestiones más amplias como la incorporación de la promoción de salud mental en políticas y programas de sectores gubernamentales y no gubernamentales. A través de estrategias intersectoriales que actúen desde sectores como la educación, el trabajo, la justicia o los servicios sociales y no se limiten a la actuación desde el sector de la salud (OMS, 2018).

A partir de la información recabada y teniendo en cuenta las necesidades detectadas en las consultas de Atención Primaria en las siguientes páginas se recoge una propuesta pensada a modo general para cualquier centro de salud, si bien el proyecto se centra en el Servicio Riojano de Salud.

1.1. Justificación

En el presente trabajo he decidido llevar a cabo el diseño de un proyecto de intervención psicoterapéutica grupal. El motivo que me ha llevado a desarrollar este tipo de proyecto, así como el área de implantación escogida, viene motivado por distintas razones. Por un lado, mi formación de grado en psicología me ha permitido conocer en persona el área de Salud Mental de un Centro de Salud de Logroño (La Rioja), qué tipo de población acudía con más frecuencia a las sesiones con la psicóloga, cuál era la demanda, qué necesidades presentaban o solicitaban, cómo era la adherencia al tratamiento, la satisfacción, la evolución o el propio seguimiento. Durante ese tiempo pude sacar varias conclusiones entorno a cómo está organizado el sistema sanitario, en este caso en el territorio de La Rioja, de qué recursos dispone para dar respuesta a la elevada demanda de atención psicológica, qué limitaciones tiene o cual es el perfil del paciente habitual.

Gracias a esa experiencia pude comprobar los datos y aportaciones que numerosas investigaciones han compartido (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015; Cano-Vindel 2011; Jiménez y Brik, 2020; Martín Pérez et al., 2003; Rocha et al., 2010). Me llamó la atención cómo consulta tras consulta, muchas de las personas compartían un

discurso semejante, con sus características individuales, pero similares. También me sorprendió, y entristeció, ver como las personas tenías que esperar durante uno o dos meses hasta la próxima consulta, en la cual el tiempo era realmente limitado.

Por otro lado, mi interés por las terapias de grupo y, considerando los ventajas y beneficios que proporcionan frente a otro tipo de intervenciones, me ha llevado a investigar más acerca de las oportunidades que ofrecen tanto para los miembros del grupo como para el sistema, si se presta atención a los costes económicos y profesionales. La literatura detecta un perfil característico que acude a las consultas de Atención Primaria (Martín Pérez et al., 2003; Rocha et al., 2010). Esto es positivo para la terapia de grupo ya que la formación de grupos que compartan características similares facilita la cohesión, desarrollo y efectividad de la intervención.

Junto a ello, mi interés por ofrecer una atención centrada en la persona, capacitándola y acompañándola en su proceso me ha llevado a continuar en este proyecto. El consumo de psicofármacos actual es un tema complejo y que requiere una atención minuciosa, ya que no es el simple consumo sino la dependencia que puede llegar a generar. En ocasiones el consumo de psicofármacos prolonga y cronifica una determinada enfermedad, pudiendo afectar a otras dimensiones, como la física, la social o la laboral.

La Salud Mental en España es un tema que ofrece múltiples análisis y planteamientos pero que, sin embargo, la ausencia política nacionales y la falta de recursos económicos hacen que la actuación por parte de los profesionales se vea limitada. De modo que, es interesante pensar en actuaciones complementarias, paralelas y coordinadas con el servicio sanitario desde otros sectores que promuevan el cuidado de la salud mental, campañas de prevención e intervenciones dirigidas a la población general y no solo a los agudos.

1.2. Objetivos del TFE

El **objetivo general** es diseñar un proyecto de intervención psicoterapéutica grupal ofrecida desde el sistema sanitario y complementaria a la atención psicológica individual, como alternativa terapéutica frente a las opciones actuales.

Entre los **objetivos específicos**:

- ✓ Analizar el funcionamiento y los recursos disponibles del sistema sanitario en España.

- ✓ Identificar las necesidades existentes en el área de Salud Mental en Atención Primaria en España.
- ✓ Detectar el perfil habitual de las personas demandantes de atención psicológica.
- ✓ Resaltar las diferencias de prevalencia en salud mental asociadas al género y posición socioeconómica.
- ✓ Mostrar la situación del consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España.
- ✓ Explicar los beneficios que ofrecen las Terapia Grupales frente a la medicalización.
- ✓ Implementar una alternativa terapéutica complementaria a la terapia individual ofrecida desde el sistema sanitario público.

2. Marco teórico

2.1. Salud Mental y Sistema Sanitario

2.1.1. Evolución de la conceptualización de la Salud Mental

Cuando se habla de Salud Mental parece necesario hablar de enfermedad mental, ya que la presencia o ausencia de enfermedad ha parecido ser indicador de cómo es la salud mental de una persona y, es así como las personas han tenido una concepción de la salud a lo largo de la historia (Mebarak et al., 2009).

En sociedades más antiguas la locura o pérdida de razón era atribuida a los dioses o relacionada con demonios y fuerzas naturales, lo que daba a entender que las enfermedades mentales eran provocadas por demonios. Es en la Antigua Grecia cuando la interpretación de las enfermedades mentales cambia, comienza a extenderse la teoría humoralista, en la que se concebía la salud como el equilibrio entre los cuatro fluidos o “humores” (Salaverry, 2012). La mente comienza a ser denominada alma o psique y considerada separada del cuerpo. Del mismo modo que la mente puede influir en el cuerpo, el cuerpo puede influir sobre la mente. Es así como los filósofos de la Antigua Grecia trataban de buscar explicaciones para las conductas anormales (Barlow y Durand, 1995).

Gracias a la distinción entre mente y cuerpo y la comprensión de la interconexión existente entre ambos, se continuó investigando acerca del cuerpo y la mente. Es así como se comienza a tener en cuenta la diversidad de factores, tanto internos como externos a nuestro cuerpo y ambientales, que ejercen influencia sobre nuestro comportamiento, nuestro pensamiento y nuestras emociones. Son estos conocimientos los que llevan a avanzar en la investigación en torno a los comportamientos considerados anormales. Evolucionando hacia un enfoque biologicista en el que las enfermedades mentales comienzan a explicarse como consecuencia de desequilibrios bioquímicos. En esta época Hipócrates diagnosticó la manía, la melancolía, la paranoia y la histeria, también reconoció la importancia que las contribuciones psicológicas e interpersonales que tienen sobre la psicopatología, prestando atención a los efectos que las tensiones familiares tienen sobre las personas (Barlow y Durand, 1995; Mebarak et al., 2009).

Durante la primera mitad del siglo XVIII se produjo una aproximación psicosocial a los trastornos mentales, considerando esta época como la tradición psicológica, en la que la

conducta anormal se relacionaba con un desarrollo psicológico imperfecto y se tenía en cuenta la influencia del contexto social (Mebarak et al., 2009). En esta época se cuidaron y cultivaron las relaciones interpersonales, trabajando en la promoción de estas y prestando atención a las consecuencias positivas que las relaciones interpersonales tenían sobre las personas (Barlow y Durand, 1995; Mebarak et al., 2009).

En el siglo XX convergen nuevos pensamientos. Por un lado, de la mano de Sigmund Freud (1856-1939) surge el psicoanálisis que trabajaba sobre la estructura de la mente y la función que los procesos inconscientes tienen sobre la conducta humana. Y, por otro lado, el conductismo de la mano de John B. Watson, Iván Pavlov y B.F. Skinner, centrando su atención en el aprendizaje y como este influye en la adaptación y desarrollo de psicopatologías (Mebarak et al., 2009).

De modo que la comprensión de la mente y del comportamiento humano ha tenido un largo recorrido con objetivo de obtener la respuesta que explicara el porqué de la conducta anormal. Si bien, a lo largo de la historia las enfermedades mentales han sufrido variaciones tanto en la explicación de su origen como en su tratamiento. Hasta 1950 y, de forma paralela junto al surgimiento de nuevas corrientes psicológicas, el desarrollo de la psiquiatría había logrado dar respuestas a las enfermedades mentales, dejando de lado la barbarie, la ignorancia y los métodos de tortura (González de Rivera, 1998; Mebarak et al., 2009).

La necesidad de atención psicológica se ha visto incrementada en épocas de postguerra. Las consecuencias derivadas de esta dejaron numerosos casos de estrés postraumático derivado de tales acontecimientos, junto a otros tipos de necesidades, que hicieron a profesionales de la medicina interesarse por esos casos.

En las últimas décadas han surgido nuevos y variados enfoques terapéuticos, entre los que varían los métodos y las explicaciones entorno a los problemas relacionados con la salud mental. Existen enfoques psicodinámicos, humanistas, sistémicos, constructivistas y sociales entre otros. Todos ellos tratan de ofrecer ayuda terapéutica a la persona desde el propio enfoque. Sin embargo, lo que realmente es considerado como acción terapéutica es aquella actuación o intervención que moviliza el desarrollo. Es decir, aquella capaz de generar cambio o que, en cierto modo, cuestiona pensamientos, actitudes y comportamientos que han sido normalizados y que están provocando malestar en la persona y no la que disminuye la

percepción de sufrimiento y favorece a una adaptación patológica disfrazada de normalidad (Ávila-Espada, 2020).

Las corrientes psicológicas han evolucionado a lo largo de la historia y, del mismo modo lo han hecho las necesidades sociales. De manera que el concepto de salud, especialmente el de salud mental, no se debe considerar algo estático ni que solamente responde a criterios teóricos. Es necesario atender a las particularidades de cada persona y al contexto sociocultural en el que se encuentra (Mebarak et al., 2009). En esta línea, las teorías ambientalistas defienden que son las variables socioculturales las que afectan al comportamiento, conducta y sentimientos de las personas e influyen en el modo en que estas manifiestan y expresan el malestar psicológico (Montero et al., 2004).

A partir de las distintas aproximaciones teóricas, modelos y enfoques terapéuticos existentes, y ofrecidos como respuesta ante distintos problemas psicológicos, es necesario considerar la multidimensionalidad a la que está sujeta la salud mental. Los múltiples y variados factores, tanto internos como externos, que pueden incidir sobre la misma deben ser tenidos en cuenta en el momento de evaluar, diagnosticar y ofrecer un determinado método terapéutico. Acorde a esta multidimensionalidad se encuentra el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), quien afirma que la salud se encuentra enmarcada en la teoría general de sistemas, recogiendo la multiplicidad de causas de la salud. Se trata de una propuesta integradora, comprensiva y sistémica de los distintos niveles (biológico, psicológico y social) del individuo (Sperry, 2008). La interrelación, comunicación e intercambio de información entre los distintos sistemas, ofrece una concepción holística e integradora de la salud. En la definición que la OMS ofrece sobre la salud se alude a los distintos niveles (físico, mental y social) y al completo estado de bienestar en los tres. Ahora bien, la salud física se encuentra sujeta a aspectos físicos y biológicos que permiten explicar la presencia de una determinada enfermedad de un modo objetivo y claro para la persona. No ocurre lo mismo con la salud mental, puesto que no se limita a la presencia o ausencia de un problema físico u observable, e influye en la detección, evaluación y tratamiento de la enfermedad.

Gracias a los avances producidos en investigación y, gracias a la visibilización y reconocimiento de la salud mental en las últimas décadas, la salud mental comienza a ser considerada como un pilar importante de salud en las personas, dejando de lado los estigmas y prejuicios asociados, y que socialmente se han extendido.

2.1.2. Estado de Bienestar en España.

Al igual que en épocas de postguerra la necesidad de atención psicológica se incrementaba por los acontecimientos vividos o por los efectos que estos tenían sobre la población. En la sociedad actual los acontecimientos, las vivencias, el ritmo de vida y los factores que afectan a la población difieren con los de antes. Pueden ser poco semejantes con los de antaño, pero todo ello no quita que las necesidades no existan, sino que varían. No se trata de ausencia de estrés postraumáticos derivado de la guerra, o que la demanda se corresponda o no con histerias o neurosis, como Sigmund Freud planteaba. Las necesidades cambian, las demandas varían, pero la existencia de estrés postraumáticos, psicosis o neurosis asociada con la época Freudiana, no está lejos de la realidad actual.

El desarrollo y evolución de la sociedad, junto a la aparición de nuevas necesidades sociales, ha dado lugar a que el Estado impulse políticas y programas públicos destinados a garantizar las necesidades básicas de bienestar de los ciudadanos, lo que se conoce como “Estado de Bienestar” (Esping-Andersen, 1990). En cada país, el proceso de transformación de los Estados hacia políticas de bienestar social ha sido diferente. En el caso de España, los primeros cambios se produjeron a comienzos del siglo XX con la Ley de Accidentes de Trabajo y la regulación del trabajo de mujeres y niños (1900). Durante la II República se aceleró el desarrollo de leyes de protección social y, fue entre 1978 y 1986, con la recuperación de la democracia y el ingreso de España en la Unión Europea cuando se consolidaron los cimientos del Estado de Bienestar. Dos hitos importantes en el proceso de construcción del Estado de Bienestar en España son los Pactos de la Moncloa (1977) y los Pactos de Toledo (1995) (Castillo, 2008).

Si algo identifica al Estado de Bienestar es la protección social en materia de salud, es decir, la protección que el Estado ofrece en caso de infortunios a las personas ciudadanas a través de la atención sanitaria (Martínez-Gayo y Martínez-López, 2020). Desde que la democracia fue instaurada en España, los cambios producidos en las políticas sociales han ido de la mano del partido gobernante, lo que ha hecho que la evolución y desarrollo de las mismas sufra notables cambios: Desde políticas conservadoras, liberales y socialdemócratas, hasta las actuales, que llegan a cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos pero que sin embargo la cobertura y calidad de las mismas son limitadas (Benavides et al., 2018).

Pese a los avances producidos en el marco de las políticas sociales, como consecuencia de la crisis económica de 2008 y de las políticas neoliberales implementadas durante ese tiempo,

se produjo un retroceso en las políticas sociales que protegen a la población. El aumento del desempleo, la reducción de los salarios, el aumento de las desigualdades sociales y de la pobreza junto a las restricciones en el acceso a derechos sociales como Sanidad, Educación y la Seguridad Social ha tenido un importante impacto sobre la salud de las personas. La literatura evidencia el claro efecto protector que las políticas de protección frente al desempleo desarrolladas por el Estado tienen sobre el bienestar de la salud de las personas (Benavides et al., 2018; O'Campo et al., 2015). De modo que el desarrollo de políticas activas de empleo, de conciliación de la vida laboral y personal, así como políticas de protección de la maternidad o incapacidades, entre otras, deben ser tenidas en cuenta en el momento de modificar o instaurar nuevas políticas sociales atendiendo al impacto de protección que ejercen sobre la salud de las personas (Benavides et al., 2018).

2.1.3. Sistema Sanitario y Salud Mental en España.

Las políticas sociales desarrolladas por el Estado siempre han estado sujetas a continuas modificaciones y reformas que han influido en el desarrollo de la Sanidad, la Educación y la Seguridad Social. La Constitución Española de 1978 refleja la protección a la salud en España en su artículo 43, según el cual (Martínez-Gayo y Martínez-López, 2020):

“Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (art. 43 Constitución Española de 1978).”

De manera que, queda recogida la responsabilidad del Estado en gestionar y garantizar la prestación de los servicios necesarios para garantizar la atención adecuada a la salud de los ciudadanos (Martínez-Gayo y Martínez-López, 2020). Sin embargo, a pesar de los avances producidos en la cobertura de los servicios que el sistema sanitario ofrece en comparación con los de otros países, además de la alta valoración que sigue recibiendo por parte de los usuarios, presenta una serie de problemas que se encuentran íntimamente relacionados con la falta de financiación (Abarca Cidón, 2017). Los recursos económicos de los que el sistema sanitario dispone provienen de dos vías. Una primera vía viene del Presupuesto General del Estado que se transfiere a cada una de la Comunidades Autónomas. Y, la segunda vía, consiste en la financiación general que cada una de las Comunidades Autónomas obtiene a partir de los impuestos específicos establecidos (Martínez-Gayo y Martínez-López, 2020). El tema de la financiación es un punto clave que permite dar respuesta al porqué de muchas de las

limitaciones que el sistema enfrenta. En esta línea, y teniendo presentes los problemas de financiación, muchos de los avances producidos se ven mermados o limitados por la existencia de problemas de desigualdad en la accesibilidad y calidad de las prestaciones (Abarca Cidón, 2017).

La falta de consenso entre los distintos partidos políticos gobernantes, junto a la crisis económica, hizo que la situación del sistema sanitario continuara sin adaptarse a los cambios demográficos y sanitarios producidos en la sociedad española. Consecuencia de la pandemia provocada por el Covid-19 ha sido la alarmante necesidad de adecuar el gasto público a las nuevas necesidades sanitarias y sociales, así como definir un modelo de gestión que no se centre en la eficacia, es decir, en alcanzar los objetivos y dar respuesta a los problemas del presente, sino que atienda a la eficiencia, lo que equivale a lograr las metas de un modo más sostenible. Además, de resaltar la necesidad de adaptar el sistema a los nuevos tiempos a través del ajuste de los servicios y ofertas sanitarias acorde a las nuevas demandas, como son la necesidad de atención continuada y la atención sociosanitaria (Abarca Cidón, 2017).

En esta línea, el Barómetro Sanitario ofrece datos sobre la satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos. A pesar de la valoración positiva obtenida, al analizar ciertos aspectos encontramos muchos susceptibles de mejora, entre los que destacan los tiempos de acceso a los servicios, es decir, las citas y listas de espera y, la coordinación asistencial entre niveles (Ministerio De Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

Ahora bien, teniendo en cuenta la estructura y evolución del sistema sanitario hay que prestar especial atención al área de Salud Mental. Todos los países han sufrido las consecuencias de la pandemia, pero en España el impacto que esta ha tenido sobre el sistema sanitario ha puesto de manifiesto una necesidad que llevaba tiempo afectando a la población española demandante de atención psicológica desde Atención Primaria. Problemas como la limitación de profesionales en Atención Primaria, la corta duración de las consultas, la sobrecarga en el personal sanitario, el exceso de gasto farmacéutico y la escasez de psicólogos clínicos (Cano-Vindel, 2011) han puesto en jaque a todo el sistema sanitario.

Además de los aspectos susceptibles de mejora y los problemas mencionados, es importante atender a las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria. La literatura recoge datos sobre los problemas que con mayor frecuencia se encuentran en el contexto actual, situando la prevalencia de la enfermedad mental entre el 10% y el 20% y, siendo los más

frecuentes los trastornos de ansiedad y los depresivos (Mathis et al., 1970; Martín Pérez et al., 2003).

2.1.4. Diferencias en la prevalencia de trastornos mentales según el género y la posición socioeconómica.

Actualmente el porcentaje poblacional es mucho mayor, junto a los cambios sociales acaecidos y, atendiendo al número de demandas realizadas en Atención Primaria, resaltan las consultas por síntomas asociados a problemas de salud mental como la ansiedad o depresión. Sin embargo, la utilización de los servicios de salud mental difiere según el género. Son muchas las investigaciones (Bacigalupe et al., 2020; Henares Montiel et al., 2020; Jiménez y Brik, 2020; Martín Pérez et al., 2003; Montero et al., 2004; Rocha et al., 2010; Rocha, 2011) que se han interesado por conocer el perfil de las personas que más acuden a consulta, además de realizar un análisis comparativo en el que se tienen en cuenta el género y aspectos sociales, familiares, laborales, culturales y económicos, entre otros. Dichas investigaciones permiten conocer la prevalencia de los problemas de salud mental en España, además de obtener resultados que muestran las características del perfil con mayor prevalencia de sufrir problemas de salud mental. En este caso, se encuentra relacionada de forma directa con aspectos socioeconómicos y de género.

El proyecto ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales) realizado en España muestra la prevalencia de sufrir algún problema de salud mental. En los resultados obtenidos, se refleja el porcentaje en que hombres y mujeres han presentado alguna vez en la vida algún trastorno mental, siendo 15,7% y 22,9%, respectivamente. Además, en los últimos 12 meses, los datos obtenidos son del 5,2% para ellos y del 11,4% para ellas (Haro et al., 2006). Estos datos evidencian las diferencias asociadas al género. Sin embargo, existen dos teorías que tratan de explicar estos resultados. Por un lado, están las teorías biologicistas, o pertenecientes al modelo biomédico, que tratan de explicar esta diferencia a partir de los factores constitucionales y genéticos, entre los que resalta el sistema hormonal diferencial. Por otro lado, se encuentran las teorías ambientalistas, estas defienden el efecto que aspectos socioculturales tienen sobre las mujeres, en como los roles y patrones de conducta socialmente impuestos han influido en el modo en que los hombres y las mujeres manifiestan el sufrimiento psicológico y en las estrategias que emplean para afrontar y satisfacer las necesidades de atención psicológicas (Bacigalupe et al., 2020; Montero et al.,

2004). Estableciendo relación con las teorías ambientalistas, es necesario resaltar cómo, en todo el mundo, las desigualdades en la salud mental aumentan a medida que lo hacen las desigualdades de género (Shoukai, 2018).

La influencia directa que ejercen factores externos y el impacto negativo que tienen sobre la salud mental de las personas pone de manifiesto la necesidad de atender a factores más allá del plano individual y médico; entendiendo que las demandas realizadas en el sistema sanitario se ven promovidas por aspectos culturales, sociales y económicos que inciden sobre la salud mental de las personas. No solo el género es determinante, sino que también lo es la posición socioeconómica. Varias investigaciones (Bacigalupe et al., 2020; Henares Montiel et al., 2020; Montero et al., 2004) resaltan las diferencias encontradas en cuanto a la posibilidad de sufrir algún problema de salud mental según la posición socioeconómica.

De manera que el género es un determinante de la salud mental que, junto a una posición socioeconómica desaventajada, influyen sobre esta. Diferencia que se ve incrementada por la ausencia de políticas sociales de igualdad de género.

2.1.5. Consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España

En la mayoría de los países desarrollados la prescripción y uso de psicofármacos, entre los que se encuentran los ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos, es frecuente. Pese a que los motivos principales de su prescripción sean el tratamiento de ansiedad, insomnio o depresión, también se usan para otras indicaciones, por ejemplo, ante una alta presión laboral o frente a sucesos vitales estresantes (Matud Aznar et al., 2017).

El uso y abuso de este tipo de medicamentos es un tema complejo que afecta a muchos países y que requiere de un análisis minucioso, pues es necesario entender los motivos por los cuales se prescriben dichos medicamentos, con qué frecuencia y con qué objetivo. En los últimos años el consumo de psicofármacos en España ha sido elevado en comparación con el resto de los países de Europa, posicionándose como el segundo país en mayor consumo de ansiolíticos, cuarto en consumo de antidepresivos y sexto en hipnóticos y sedantes (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015; Jiménez y Brik, 2020).

Entre las consecuencias de la pandemia provocada por el COVID-19, el consumo de psicofármacos se ha visto incrementado en un 20% (Jiménez y Brik, 2020). Como se ha expuesto con anterioridad, los problemas que afectan al sistema sanitario hacen que desde

Atención Primaria las actuaciones se vean limitadas por falta de recursos, largas listas de espera y el poco tiempo de los profesionales (Ministerio de Sanidad, 2019). Estos problemas hacen que desde las consultas de Atención Primaria se recurra a recetar psicofármacos ya que la posibilidad de ofrecer una consulta, o lo que es más adecuado y beneficioso, un seguimiento de atención psicológica, se descarte o posponga por la saturación a la que el sistema sanitario hace frente. Se opta así por tratar de paliar la percepción de sufrimiento de las personas a través de la medicación.

Numerosas investigaciones (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015; Cano-Vindel, 2011; Jiménez y Brik, 2020; Matud Aznar et al., 2017) evidencian que el uso de psicofármacos en España es un problema importante. La frecuencia con la que los profesionales prescriben estos medicamentos va en aumento por el rápido efecto que producen, su eficacia y la tolerabilidad generada en los pacientes. Sin embargo, es necesario visibilizar el alto riesgo de tolerancia y dependencia que pueden llegar a generar, además de los efectos adversos asociados a un consumo crónico y prolongado en el tiempo (Louvet et al., 2015).

2.2. Diferenciación diagnóstica de los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad según el DSM-V

Hasta el 2013, los muchos trastornos existentes se encontraban agrupados en dos grandes categorías, por un lado, los trastornos psicóticos y, por otro, los trastornos del estado de ánimo. En la última actualización del Manual Diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-5) la American Psychiatric Association (2015) actualizó las agrupaciones, realizando nuevas clasificaciones y estableciendo criterios diferenciales.

A continuación, se describen los distintos tipos de trastornos depresivos y de ansiedad que se encuentran recogidos en el DSM-5 puesto que las personas a la que se dirige el presente proyecto presentan al menos uno de ellos.

2.2.1. Trastornos depresivos

Dentro de los trastornos depresivos, el DSM-5 establece una distinción entre trastornos depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente o distimia. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer, durante al menos dos semanas. Entre la sintomatología más característica se encuentran los cambios en

el sueño, en el apetito o nivel de actividad, fatiga, dificultad para concentrarse, sentimiento de inutilidad o culpa excesivos e ideación o comportamiento suicida. Y, el trastorno depresivo persistente o distimia, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, con mayor presencia que ausencia durante un mínimo de dos años (American Psychiatric Association, p. 189, 2015).

El DSM-5 ofrece una diferenciación diagnóstica, no obstante, la comorbilidad de los trastornos depresivos con otros, como los trastornos de ansiedad o el consumo de alcohol, es elevada. Es importante tener en cuenta la comorbilidad como un elemento que influye en el curso de la enfermedad y que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos o afectar al curso, pronóstico y tratamiento del trastorno inicial (Berlanga, 1993).

2.2.2. Trastornos de ansiedad

La ansiedad es una sensación o estado emocional normal que se produce ante ciertas situaciones y que forma parte de la respuesta habitual ante diferentes situaciones cotidianas estresantes. Si bien, cierto grado de ansiedad es incluso deseable ya que posibilita un manejo eficaz de las situaciones cotidianas, cuando se sobrepasa ese grado, deja de ser beneficiosa y adaptativa, provocando malestar significativo en la persona a través de síntomas que llegan a afectar a nivel físico, psicológico y conductual, pudiendo llegar a convertirse en patológica (González et al., 2018; Mathis et al., 1970).

La ansiedad puede definirse como la anticipación de un daño, peligro o desgracia futura, que viene acompañada de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión o inquietud. La anticipación puede ser derivada de un daño futuro tanto interno como externo. Siendo esta una señal de alerta que advierte sobre un peligro y que permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Mathis et al., 1970; Márquez, 2014).

Cuando la ansiedad deja de ser una simple sensación, pasa a ser considerada patológica y, es aquí cuando se clasifica en función de los síntomas y características. El DSM-5 recoge hasta siete diagnósticos diferenciales de los trastornos de ansiedad, permitiendo así una clara diferenciación y abordaje en función de las características presentadas y los requisitos cumplidos, en función del origen o contexto en el que surge y se desarrolla, así como el tiempo de duración y sintomatología. A pesar de que los síntomas sean parecidos, cada trastorno

tiene sus particularidades. Entre los trastornos de ansiedad diferenciados en el DSM-5 se encuentran: trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad social (fobia social) y mutismo selectivo.

Al igual que en los trastornos depresivos, en los trastornos de ansiedad también cabe la posibilidad de coexistir con algún otro trastorno. La relación y vinculación entre ambos tipos de trastornos no solo se hace patente a nivel diagnóstico sino también a nivel terapéutico (Benedito Monleón et al., 2004).

2.3.Terapia de grupo

2.3.1. Definición: psicoterapia y terapia de grupo

El ser humano es un ser social. A lo largo de la historia el ser humano se ha desarrollado en comunidades, estableciendo relaciones interpersonales que afectan a distintas áreas de la persona. La conducta, los pensamientos, las emociones, los procesos de aprendizaje, los valores, etc., se adquieren a través de la interacción social, siendo muchos, y variados, los beneficios que aportan las relaciones interpersonales. Sin embargo, al margen de los beneficios que las relaciones interpersonales aportan a la persona y a su desarrollo, se encuentra la función terapéutica que la interacción social ofrece (Mejía Pacheco, 2008).

La psicoterapia se define como el proceso de curación a través de la comunicación entre un psicoterapeuta y una persona que acude a consultarlo. Es un tratamiento de colaboración que tiene por base fundamental el diálogo y tiene como propósito alcanzar una mejora en la calidad de vida de la persona consultante a través de cambios en la conducta, pensamiento o modo de relacionarse (García Zamorano, 1998; Mejía Pacheco, 2008).

La psicoterapia de grupo, terapia grupal o terapia de grupo se define como la actuación terapéutica que tiene lugar en forma grupal y aprovecha los fenómenos grupales con fines terapéuticos. Las interacciones producidas entre los miembros del grupo y el terapeuta se convierten en material con fin terapéutico, así como las vivencias pasadas y las experiencias compartidas, son empleadas para producir cambios que puedan ser beneficiosos para los participantes (García Zamorano, 1998).

La Terapia de Grupo comparte los principios generales de la psicoterapia: colaboración entre pacientes y terapeutas, el empleo de los recursos psicológicos y los objetivos ajustables a cada

situación clínica (Fernández Álvarez, 2005). Al igual que la psicoterapia se aplica en gran diversidad de condiciones, las Terapia de Grupo pueden servir para ayudar a distintas personas, desde aquellas que sufren alguna perturbación emocional hasta un trastorno severo.

2.3.2. Objetivos de la terapia de grupo

Al igual que existe una gran variedad de enfoques y técnicas psicoterapéuticas realizadas de forma individual, en la Terapia Grupal sucede lo mismo, hay diferentes enfoques y métodos. Si bien la psicoterapia tiene por objetivo movilizar el desarrollo psicológico, en ocasiones detenido y en otras fracasado, en la terapia de grupo los objetivos van desde los individuales hasta los grupales. Aunque los objetivos dependen del tipo de grupo y sus características, la literatura recoge una serie de objetivos que toda Terapia Grupal pretende alcanzar, entre los que destacan: promover el alivio sintomático, mejorar la salud mental de sus participantes, promover cambios en las relaciones interpersonales a través de la expresión verbal enseñando a relacionarse con los otros, potenciar las características personales favorables y facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades (Fernández Álvarez, 2005; Mejía Pacheco, 2008, p.59).

2.3.3. Factores terapéuticos

Dentro de la psicoterapia de grupo se han detectado una serie de mecanismos de cambio que ayudan a avanzar en el proceso de desarrollo psicológico o alivio sintomático, que se han definido como factores terapéuticos o curativos. Yalom (1983) clasifica en once estos factores:

- *Infundir esperanza.* Este factor sirve para motivar e inspirar a otros miembros del grupo a través del conocimiento de antiguos miembros que han mejorado.
- *Universalidad.* El grupo permite el acercamiento entre personas que se encuentran en situaciones similares, o que hacen frente a problemas semejantes, ayudando a romper con el sentimiento de aislamiento.
- *Transmitir información.* La instrucción didáctica realizada por el líder o terapeuta sirve para ayudar a los miembros del grupo a conocer nuevas pautas que ayuden a romper con antiguos patrones desadaptativos.
- *Altruismo.* El hecho de pertenecer a un grupo hace que las personas participantes se ayuden entre sí. Además de los beneficios que aporta de forma colectiva también es

un factor que sirve para potenciar la autoestima y para que los miembros que se encuentran inmersos de forma intensa en sí mismos no malgasten su energía repitiendo esa acción.

- *Desarrollo de técnicas de socialización.* A las personas les cuesta identificar comportamientos sociales desadaptativos propios, por ello, gracias al feedback que otros miembros ofrecen cada persona puede profundizar en esos comportamientos.
- *Comportamiento imitativo.* La literatura ha demostrado que se produce un aprendizaje vicario a través de la observación de la terapia de otros miembros.
- *Catarsis.* Consiste en dar rienda suelta a las emociones. La terapia de grupo ofrece un escenario que estimula la libre expresión de las emociones, lo que produce una sensación de alivio emocional.
- *Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.* Todas las personas aprenden a relacionarse a partir de la familia primaria, introduciendo patrones más o menos funcionales para otros contextos. En la terapia de grupo se produce una recapitulación puesto que los miembros pueden empezar a interactuar con otros miembros y terapeuta, recibiendo un feedback sincero.
- *Factores existenciales:* la muerte, el aislamiento, la libertad o la falta de sentido, habitualmente tienden a tratarse de forma directa o indirecta en las sesiones. El poder atender estas cuestiones en grupo favorece a aliviar la angustia o síntomas causados por la falta de respuesta ofrecida en el entorno normal a estas cuestiones.
- *Cohesión de grupo.* Este es un factor complejo y esencial para alcanzar el éxito de la terapia de grupo. Al igual que en la psicoterapia individual la alianza terapéutica determina el éxito de la intervención, la cohesión lo hace en el grupo.
- *Aprendizaje interpersonal.* Este es uno de los factores más potentes de la terapia. Las relaciones interpersonales que se establecen en el seno del grupo permiten comprender y tratar los problemas que presentan los miembros del grupo. Si el grupo logra establecer un entorno seguro, promover interacciones de apoyo, ofrecer un feedback franco y reacciones sinceras, los miembros pueden tener una experiencia emocional correctiva realmente sanadora. Dentro del grupo se genera un microcosmos social que permite sacar a la luz patrones de comportamiento que

resaltan la patología personal y, gracias al grupo y a las distintas interacciones interpersonales, permite ese aprendizaje interpersonal.

2.3.4. Ventajas y beneficios

Pensar en la Terapia de Grupo como método psicoterapéutico complementario a la terapia individual está motivado por las ventajas que ofrece y los beneficios que aporta en distintos niveles.

A un nivel macro, la principal ventaja ofrecida es la disponibilidad puesto que permite atender a un elevado número de pacientes al mismo tiempo, en un mismo espacio y a través del mismo profesional (Vinogradov y Yalom, 1996). Es importante tener presente la complementariedad de esta opción terapéutica, pues es un recurso paralelo que sirve para potenciar los efectos del tratamiento individual. La selección de esta opción se ha visto impulsada por la cantidad de limitaciones que el sistema sanitario presenta y que dificultan el seguimiento o tratamiento psicológico. De modo que, una de las ventajas que ofrece la Terapia Grupal ofrecida desde los servicios sanitarios públicos es la optimización de los recursos, pues en un mismo espacio y tiempo es posible reunir a más personas que en un tratamiento individual, junto a los beneficios que ofrece como tratamiento complementario a la terapia individual y a la medicación (Benedito Monleón et al., 2004).

Como se ha mencionado anteriormente, el ser humano es un ser social de modo que el contexto de la terapia grupal es un marco que ofrece la oportunidad de observar y reflexionar acerca de las técnicas sociales propias y del resto de participantes. Es un potente instrumento terapéutico ya que aprovecha los beneficios que las interacciones interpersonales tienen sobre el desarrollo psicológico (Vinogradov y Yalom, 1996). De manera que, a nivel micro, la terapia grupal sirve para descubrir nuevas formas de relacionarse, además de influir en la autoeficacia y autoestima de los integrantes al sentirse útiles al ayudar a otros (Guimón, 2003). Entre sus ventajas también se encuentra la disminución de sentimiento de soledad o aislamiento puesto que ofrece la oportunidad de conocer a otras personas y sentir que no son los únicos que tienen esas vivencias. Teniendo en cuenta el ritmo al que la sociedad avanza, la efimeridad de las relaciones y la inmediatez del querer, no es de extrañar que la posibilidad de encontrar espacios de apoyo y autorreflexión sea cada vez más difícil. Por ello, la terapia grupal tiene el poder de ofrecer este tipo de espacios y promover encuentros que estimulen la comunicación, la expresión emocional y el apoyo.

2.3.5. Limitaciones y posibles problemas de la terapia grupal

Del mismo modo que se tienen en cuenta los múltiples beneficios aportados por la terapia de grupo, es importante exponer las posibles limitaciones y problemas que pueden surgir en la formación del grupo y durante la realización de las sesiones.

Por un lado, existen posibles problemas de composición como puede ser el absentismo, los abandonos o tener que eliminar a algún miembro. Este tipo de problemas afectan intensamente al grupo en su etapa inicial, ya que los cambios, retrasos y ausencias amenazan a la estabilidad e integridad del grupo. Es importante que, ante este tipo de sucesos, el terapeuta se posicione ya que puede la no respuesta por parte del profesional puede afectar a la cohesión grupal y ahuyentar a miembros más ambivalentes (Yalom, 1983).

Otro problema puede ser la formación de subgrupos dentro del grupo inicial, es decir, que se produzca una división en unidades más reducidas dentro del mismo. Esto puede suceder cuando dos o más miembros del grupo consideran que la relación generada entre ambos puede ser más gratificante que el trabajo grupal. En este caso, el terapeuta debe ponerse en guardia para detectar este tipo de sucesos, ya que la formación de subgrupos puede dar lugar a que la participación y aprendizaje intrapersonal generado por el grupo se merme.

Más problemas para tener en cuenta son los conflictos producidos en el seno del grupo. Es importante tener presente esta posibilidad para que el terapeuta disponga de los conocimientos y habilidades necesarios para adoptar una actitud adecuada que permita tal resolución. Los conflictos en el seno del grupo puede fomentar el aprendizaje interpersonal.

Finalmente, otros problemas pueden surgir a raíz de los miembros del grupo, encontrando diferentes tipos de pacientes problemáticos que pueden afectar considerablemente a la dinámica grupal. Entre ellos destacan el monopolizador, aquel paciente que se siente obligado a hablar continuamente sobre todas las cosas y acapara todo el tiempo y atención del grupo; el paciente que permanece en silencio, el paciente esquizoide, obsesivo o demasiado racional y aquel que rechaza toda ayuda. (Vinogradov y Yalom, 1996).

2.3.6. Terapia de Grupo en pacientes con depresión y ansiedad

El número de personas que se encuentran en tratamiento para tratar la depresión y/o ansiedad en España es preocupante. Pese a la elevada demanda, los tratamientos habituales ofrecidos son psicofármacos y terapia individual. Sin embargo, la posibilidad de introducir

nuevos métodos de tratamiento no se debe a la falta de evidencia científica que demuestre los efectos beneficiosos que la terapia en formato grupal ofrece en pacientes diagnosticados de depresión o ansiedad. Distintas investigaciones (Benedito Monleón et al., 2004; Correa-Palacio, 2016; Coto-Lesmes et al., 2020; Gutiérrez Cid y Varela Moreno, 2009) recogen evidencias científicas acerca de la mejora en pacientes con depresión y ansiedad tras participar en tratamientos grupales, desde adolescentes hasta personas mayores de 65 años.

El artículo de Gutiérrez Cid y Varela Moreno (2009) muestra el efecto que tiene la participación de pacientes depresivos en formatos grupales. Gracias a este tipo de tratamiento se les hace salir del aislamiento social en el que se encuentran y se les ofrece un rol más activo en su propio proceso. Con la participación en este formato se produce la ruptura con patrones de conducta depresivos, a través de un primer proceso terapéutico más directivo que trata de descentrar a los pacientes de sí mismos y su sintomatología y, se logra que los pacientes adquieran un rol más activo mediante la focalización de la intervención en los recursos y competencias de los pacientes.

En la misma línea, la literatura confirma los distintos beneficios que la terapia de grupo ofrece para personas con depresión y ansiedad. Más allá de los beneficios a nivel social, como es la mejora de las habilidades sociales gracias a las relaciones interpersonales generadas y la creación de un espacio de apoyo. Correa-Palacio (2016) explica cómo permite la mejora en distintos aspectos personales como es la autoestima y el autoconocimiento.

Teniendo en cuenta las distintas investigaciones que confirman los beneficios y la efectividad de la terapia grupal en pacientes con ansiedad y depresión, junto a los factores terapéuticos que ofrece el grupo y, junto a las características diagnósticas y sintomatológicas de la ansiedad y la depresión, se puede observar cómo las intervenciones en formato grupal con estos trastornos promueven un cambio terapéutico realmente efectivo y eficaz. De modo que la terapia grupal puede ser considerada una opción efectiva para las personas con trastornos de ansiedad o depresión (Correa-Palacio, 2016).

3. Diseño metodológico

3.1. Objetivos del proyecto

3.1.1. Objetivo general

El objetivo general del proyecto es desarrollar una alternativa terapéutica en formato grupal complementaria a la terapia individual ofrecida desde el sistema sanitario para dar respuesta a trastornos de ansiedad y depresión.

3.1.2. Objetivos específicos

Entre los objetivos específicos:

- ✓ Ofrecer un ambiente de apoyo.
- ✓ Proporcionar psicoeducación en fortalecimiento personal, emocional y social.
- ✓ Aliviar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo.
- ✓ Evaluar la sintomatología de cada miembro del grupo a través de distintos instrumentos.
- ✓ Desarrollar habilidades sociales adaptativas entre los miembros del grupo.
- ✓ Promover la mejora del estado de ánimo o estabilización.
- ✓ Mejorar la integración de los miembros en su familia, comunidad o círculo social.

3.2. Beneficiarios

3.2.1. Beneficiarios directos e indirectos

Los beneficiarios que pueden darse con la implementación del proyecto son dos: directos e indirectos. Los beneficiarios directos son aquellos que obtienen un beneficio directo con la implementación del proyecto, en este caso, las personas que participan en las sesiones programadas. Una vez que el profesional de referencia considera que cumple con los criterios de inclusión puede pasar a formar parte de los grupos psicoterapéuticos. En este caso, el número de personas estimadas por grupo es de ocho personas. El número de grupos establecidos puede variar, en función de si existen suficientes personas que cumplen con los criterios de inclusión se creará un nuevo grupo o no, teniendo en cuenta las características personales y diagnóstico clínico para decidir en que grupo encaja.

En cuanto a los indirectos se diferencian distintos grupos de beneficiarios. Por un lado, están los familiares, conocidos y redes de apoyo informales de los pacientes. Se consideran beneficiarios indirectos ya que gracias a la implementación del proyecto obtienen beneficios a través de la mejora del estado de ánimo y mental de las personas usuarias. Del mismo modo, a través de la implementación del proyecto se dan otros beneficiarios indirectos, en este caso, la sociedad. Suponiendo que el proyecto tenga un impacto positivo y beneficioso con su implementación, la ciudadanía será un beneficiario indirecto ya que, al implementar este proyecto complementario a la atención individual, se mejora la atención a los pacientes y se trabaja por fortalecer las capacidades de las personas. Además, las listas de espera, las sesiones terapéuticas y los efectos de mejora influyen sobre la sociedad. Más allá de los beneficios mediante una mejor atención psicológica, se encuentra un mayor control del exceso de medicalización, contribuyendo a su reducción. Otro beneficiario indirecto es el Estado, o aquellos altos cargos encargados de gestionar los recursos económicos destinados al ámbito sanitario, puesto que es un proyecto que no requiere de grandes inversiones económicas ni recursos materiales, la implementación puede ofrecer beneficios ya que la replicabilidad es realmente sencilla y los recursos necesarios no son elevados.

3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Las sesiones psicoterapéuticas grupales están dirigidas a todas aquellas personas que se encuentran en seguimiento psicológico individual desde el sistema público de salud.

Para acceder a las sesiones grupales es necesario cumplir con una serie de requisitos para así poder llevar a cabo la composición de los grupos. Entre los criterios de inclusión que permiten acceder a las sesiones psicoterapéuticas grupales se encuentran: estar en seguimiento de terapia individual en el momento de la selección y no presentar ningún trastorno psicótico o de la personalidad grave.

Una vez que cumplidos estos dos criterios, para formar los grupos se tendrán en cuenta características individuales que pueden favorecer a la cohesión del grupo. Algún ejemplo de las características que determinan la elección del grupo son: sexo, edad, diagnóstico e historia clínicos.

3.3. Actividades y tareas

3.3.1. Marco temporal y composición del grupo

El marco temporal de las siguientes sesiones está determinado por la duración de vida del grupo, es decir, por el número de sesiones que se van a realizar y, la duración de estancia de los miembros del grupo. En el caso de los grupos beneficiarios del presente proyecto, la duración de vida del grupo estimada es de tres meses. A lo largo de este periodo de tiempo, los participantes se reunirán cada quince días para acudir a la sesión grupal de dos horas de duración.

3.3.2. Instrumentos de evaluación

Durante el periodo de duración de las sesiones grupales se van a emplear distintos instrumentos con el objetivo de evaluar a los participantes para así conocer los cambios producidos. Se realizará una primera evaluación justo al comienzo de las sesiones, otra a mitad de estas y, una última evaluación al finalizar todas las sesiones.

Los instrumentos de evaluación utilizados son el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (BP).

- ✓ El *BDI-2* es un instrumento diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad para cada ítem. La persona tiene que elegir la opción que mejor se ajuste a cómo se ha sentido en las dos últimas semanas.
- ✓ El *BAI* es una herramienta que permite valorar los síntomas somáticos de ansiedad. Sirve tanto para desórdenes de ansiedad como para cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas que describen diferentes síntomas de ansiedad. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, en donde 0 equivale a “en absoluto”, 1 a “levemente”, 2 a “moderadamente” y 3 a “severamente”. Las respuestas deben responderse teniendo en cuenta la presencia o ausencia de esos síntomas en la última semana.
- ✓ La *Escala de BP de Ryff* es un instrumento formado por 39 ítems con opciones de respuesta de 1 a 6, en donde 1 equivale a “totalmente en desacuerdo” y 6 a “totalmente de acuerdo”. A mayor puntuación, mayor bienestar psicológico.

3.3.3. Sesiones terapéuticas

3.3.3.1. SESIÓN INDIVIDUAL PREVIA

Antes de incluir a los participante en las sesiones grupales, se realiza una entrevista clínica individual, en la que se determina el diagnóstico y se valora el problema. En esta sesión individual se determinará de forma final si la persona puede participar en el grupo o si es mejor ser destinado a un grupo en el que pueda trabajar mejor.

3.3.3.2. PRIMERA SESIÓN.

En la primera sesión el **objetivo** principal es establecer un buen clima grupal. La sesión está dirigida a crear un buen vínculo grupal, hacer toma de contacto entre los integrantes del grupo, conociendo y compartiendo las diferentes historias de vida, situaciones personales, acontecimientos y datos relevantes que cada uno de los integrantes quiera compartir. Se pretende que, a través de esta primera sesión se comience a fortalecer la red social y el sentimiento de apoyo al poner en contacto a personas que se encuentran en situaciones similares.

El **contenido de la sesión** es el siguiente:

- *Presentación e identificación de los terapeutas y diagnósticos:* Al comienzo de la sesión se realiza una presentación del terapeuta y se explican los distintos trastornos susceptibles de participar en estas sesiones terapéuticas.
- *Presentación de los miembros del grupo:* Cada uno de los miembros del grupo se presenta a sí mismo y describe en qué consiste su cuadro clínico.
- *Ventajas de la terapia grupal:* Se pretende que todos los miembros del grupo conozcan los beneficios que la terapia grupal ofrece frente a la individual. Se destacan beneficios y ventajas como el aprendizaje interpersonal, el contexto seguro y la psicoeducación en técnicas de socialización efectivas, la posibilidad de aprender de los otros, comprometerse públicamente con el cambio, etc.
- *Normas de la terapia grupal:* Se explican las normas que deben respetar y cumplir al comprometerse en la participación en las sesiones. Entre estas normas destaca la confidencialidad, el ambiente de respeto y apoyo mutuo y guardar silencio mientras otros comparten sus experiencias.

- *Evaluación pretest:* En esta primera sesión se aprovecha para aplicar los instrumentos BDI-2, BDA y BP, y así obtener las puntuaciones antes del inicio de las sesiones.

3.3.3.3. SEGUNDA SESIÓN

En esta segunda sesión los **objetivos** están orientados a continuar fortaleciendo el ambiente de apoyo grupal y proporcionar educación, socialización y apoyo gracias a los otros miembros del grupo y terapeuta. Para llevar a cabo esta segunda sesión, tras conocer a los componentes del grupo en la anterior sesión, en esta segunda se realizarán actividades que van a permitir a los miembros trabajar sobre ellos mismos, compartiendo con el resto y reflexionando sobre las propias situaciones en un ambiente de apoyo y flexión mutuo. Si bien, en la anterior sesión los miembros expusieron los motivos por los que estaban en el grupo, en esta sesión se va a trabajar un nuevo enfoque de la situación clínica y personal.

Las **actividades o técnicas empleadas** en esta segunda sesión son:

- *Técnica de caldeamiento:* Consiste en animar a los miembros a que relaten algo bueno de ellos mismos (aquello de lo que están más orgullosos a lo largo de la vida, qué les gusta de ellos, etc.)
- *Ejercicio de las etiquetas:* Para trabajar un nuevo acercamiento al problema, se propone el ejercicio de visualización en el que tiene que escoger un nombre para su problema. Algunas de las etiquetas que pueden salir con relación a problemas de ansiedad o depresión pueden ser: falta de motivación, falta de libertad, mala costumbres, falta de autoestima, etc.
- *Reflexión grupal:* Recogiendo las etiquetas utilizadas por los miembros, se propone realizar una reflexión grupal o ejercicio de participación, en el que se trabaje el cómo les afecta el problema y sobre cómo ellos influyen en el problema.

Antes de finalizar la sesión el terapeuta plantea que, durante los próximos días, entre sesión y sesión, se piense sobre lo hablado en el grupo de un modo reconstructivo que permita un nuevo reenfoque de la situación personal, visualizando cómo sería el futuro sin “el problema”.

3.3.3.4. TERCERA SESIÓN

En la tercera sesión el **objetivo** establecido es promover la mejora del estado de ánimo. Para lograr alcanzar este objetivo, se va a trabajar a partir de las etiquetas mencionadas en la sesión anterior y reflexión personal de los miembros del grupo sobre cómo sería el futuro sin “el

problema". Se anima a todos los miembros a participar. Una vez que todos los miembros hayan expuesto su futuro sin el problema, el terapeuta animará a desarrollar pasos o etapas que cada uno de ellos considere más adecuado y viable en el proceso de alcanzar los objetivos marcados. Con esta sesión los miembros del grupo comienzan a sentirse agentes activos del cambio, comenzando a sentirse con capacidad de cambio y no ser meros espectadores de su problema y sufridores del mismo.

Las **actividades para llevar a cabo la sesión** son las siguientes:

- *Visualización del futuro sin la etiqueta:* El terapeuta recoge las etiquetas que han surgido en la sesión anterior y la reflexión personal de los miembros del grupo sobre cómo sería su futuro sin esa misma etiqueta. El terapeuta anima a que todos los miembros expongan su visualización de futuro.
- *Establecer objetivos:* Una vez que todos los miembros han expuesto sus visualizaciones, el terapeuta anima a los miembros a establecer objetivos que permitan alcanzar ese futuro sin etiqueta.
- *Elaborar pasos o etapas:* Tras establecer objetivos, el terapeuta plantea a los miembros la elaboración de una serie de pasos o etapas que les guíe hacia los objetivos planteados.

3.3.3.5. CUARTA SESIÓN

En la siguiente sesión el **objetivo** es el desarrollo de habilidades sociales adaptativas entre los miembros del grupo mediante la transmisión de información y la puesta en práctica de esta. Esta sesión tiene un carácter más psicoeducativo, gracias a la aportación de información sobre habilidades sociales adaptativas, el manejo de las propias emociones y el trabajo en *sobreestimación* y el *descatastrofismo*. Junto a un juego de roles, se pretende fortalecer a los miembros mediante la adquisición de esas habilidades. De modo que, en esta sesión se continúa trabajando el alivio de los síntomas más comunes a través de dinámicas grupales en las que los miembros participan activamente y se hacen protagonistas de su propio cambio. Antes de finalizar esta sesión se aplicarán de nuevo los instrumentos BDI-2, BDA y BP para realizar el seguimiento en este primer mes y medio de sesiones.

Las **actividades** que se desarrollan en esta cuarta sesión son:

- *Psicoeducación*: El terapeuta explica, comparte y trabaja con el grupo conceptos sobre las habilidades sociales y la influencia que tienen sobre la propia autoestima, la calidad de vida y la manera de relacionarnos con los otros; entre estos conceptos se recogen temas como la asertividad, la empatía, el autoconocimientos y la inteligencia emocional. También se explica en qué consiste el proceso de sobreestimación y cómo descatastrofizar situaciones (*documento en Anexo D, p.66*).
- *Juego de roles*: Tras trabajar los conceptos anteriores, el terapeuta plantea a los miembros del grupo una serie de situaciones que deben representar a través de un *rol playing*, haciendo uso de algunas de las técnicas antes trabajadas.
- *Evaluación media del tratamiento*: Se aplican los instrumentos: BDI-2, BDA y BP para conocer la evolución de la sintomatología y bienestar psicológico general de los miembros del grupo.

Al finalizar la sesión se recuerda a los miembros que durante los próximos días traten de poner en práctica estas herramientas y analicen su comportamiento en situaciones que pueden darse, aportándoles unas hojas que permiten aprender a reevaluar el “salto a las conclusiones” y el “pensar en lo peor”. El terapeuta les recuerda que tengan en cuenta el cómo influyen las situaciones y el cómo ellos influyen en el curso de la situación a partir de comportamientos y actitudes que pueden no haber sido las adecuadas a lo largo del tiempo. De esta manera se comienzan a introducir nuevas habilidades que pueden mejorar las relaciones con sus diferentes círculos (familiar, de pareja, laboral, etc.). De modo que, en esta sesión, a partir del entrenamiento en habilidades sociales adaptativas se pretende mejorar en los próximos quince días la integración de los miembros en los distintos círculos.

3.3.3.6. QUINTA SESIÓN

En esta quinta sesión se va a trabajar el papel de los sentimientos y la influencia que estos tienen sobre los pensamientos y conductas. El **objetivo** es continuar promoviendo la mejora del estado de ánimo o lo que es mejor, su estabilización. Las actividades planteadas en esta sesión se encuentran orientadas a trabajar la influencia que el pensamiento tiene sobre las emociones y conductas a través de la reestructuración cognitiva.

Las **actividades a realizar en esta sesión** son:

- *Ejercicio de participación:* El terapeuta invita a los miembros del grupo a compartir sus experiencias en los últimos quince días. Exponer si han aplicado o no lo aprendido en alguna situación, cómo se han sentido, cómo se ven, etc. Un primer ejercicio para conocer la situación actual de los miembros del grupo.
- *Reestructuración cognitiva:* A partir de ejemplo de los miembros del grupo sobre situaciones cotidianas a las que se enfrentan y en la que los sentimientos influyen en la propia vivencia, el terapeuta va a ayudar a que los miembros aprendan a identificar sus distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos negativos.
- *Reflexión y puesta en práctica:* Tras conocer las distintas distorsiones cognitivas a las que la mayoría de los miembros se encuentran sujetos, el terapeuta invita a los miembros a hablar abiertamente sobre las propias experiencias en relación con las distorsiones cognitivas y pensamientos negativos automáticos. A partir de las aportaciones realizadas por los miembros del grupo, el terapeuta va a ofrecer herramientas cognitivas que ayuden a los pacientes a sustituir los pensamientos que les interfieren por otros más adaptativos.

Antes de poner fin a esta sesión, el terapeuta recuerda a los miembros del grupo la importancia de trabajar estos aspectos durante los días siguientes hasta la próxima sesión. Se invita a mantener un registro de las distorsiones detectadas. También se recuerda que la próxima sesión será la última, de manera que es recomendable reflexionar sobre los avances y cambios producidos y observados durante estos tres meses.

3.3.3.7. SEXTA SESIÓN

Con esta sesión se pone fin a los encuentros grupales. Por ello, en esta última sesión los objetivos se encuentran orientados a realizar una evaluación grupal y personal, junto a una reflexión crítica sobre la situación pasada, actual y futura. Se trata de realizar una despedida terapéutica en la que el paso por estas sesiones haya servido para adquirir nuevas herramientas personales, así como una nueva visión sobre las relaciones, las posibilidades y fortalezas personales.

- *Exposición abierta:* El terapeuta invita a los miembros del grupo a exponer la reflexión realizada en los últimos días (sentimientos, distorsiones cognitivas detectadas, maneras de afrontar situaciones límite o algún evento a resaltar).

- *Evaluación final:* Se aplican los instrumentos: BDI-2, BDA y BP para conocer la evolución de la sintomatología y bienestar psicológico general de los miembros del grupo.
- *Despedida:* El terapeuta realiza la despedida. Explica el final de las sesiones realizando un resumen de todo lo aprendido, compartido y vivenciado. Invita al grupo a compartir pensamientos sobre la evolución de las sesiones tanto a nivel grupal, como a nivel personal.
- *Evaluación de las sesiones:* El terapeuta reparte un cuestionario sobre satisfacción respecto a las sesiones (contenido, terapeuta, duración, satisfacción, utilidad, recomendaciones, etc.).

3.3.4. Cronograma de las actividades

En la siguiente tabla se recoge la programación de las sesiones, recogiendo en una columna las actividades programadas para alcanzar los diferentes objetivos en cada sesión. En otra columna se recogen los instrumentos de evaluación y recursos empleados en cada sesión.

Tabla 1. Resumen de las sesiones, actividades y recursos.

SESIONES	OBJETIVOS TRABAJADOS Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS	RECURSOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
PRIMERA SESIÓN	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer un ambiente de apoyo. ✓ Evaluar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación e identificación de los terapeutas y diagnósticos. • Presentación de los miembros del grupo. 	<p>Instrumentos de evaluación usados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) ✓ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ✓ Escala de Bienestar Psicológico (BP)

	<ul style="list-style-type: none">• Ventajas de la terapia grupal.• Normas de la terapia grupal.• Evaluación pretest.	
SEGUNDA SESIÓN	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Ofrecer un ambiente de apoyo.✓ Aliviar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo.✓ Promover la mejora del estado de ánimo.✓ Mejorar la integración de los miembros del grupo en su familia, comunidad o círculo social. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnica de caldeamiento.• Ejercicio de las etiquetas.• Reflexión grupal.	
TERCERA SESIÓN	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Ofrecer un ambiente de apoyo.✓ Aliviar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo.✓ Desarrollar habilidades sociales adaptativas entre los miembros del grupo.✓ Promover la mejora del estado de ánimo	

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejorar la integración de los miembros del grupo en su familia, comunidad o círculo social. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visualización del futuro sin la etiqueta. • Establecer objetivos. • Elaborar pasos o etapas. 	
CUARTA SESIÓN	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer un ambiente de apoyo. ✓ Proporcionar psicoeducación en fortalecimiento personal, emocional y social. ✓ Aliviar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo. ✓ Desarrollar habilidades sociales adaptativas entre los miembros del grupo. ✓ Mejorar la integración de los miembros del grupo en su familia, comunidad o círculo social. ✓ Evaluar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Juego de roles. • Evaluación media del tratamiento. 	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas sobre la sobreestimación y descatastrofismo. <p>Instrumentos de evaluación usados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) ✓ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ✓ Escala de Bienestar Psicológico (BP)

<p>QUINTA SESIÓN</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer un ambiente de apoyo. ✓ Proporcionar psicoeducación en fortalecimiento personal, emocional y social. ✓ Aliviar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo. ✓ Promover la mejora del estado de ánimo. ✓ Mejorar la integración de los miembros del grupo en su familia, comunidad o círculo social <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio de participación. • Reestructuración cognitiva. • Reflexión y puesta en práctica 	
<p>SEXTA SESIÓN</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ofrecer un ambiente de apoyo. ✓ Aliviar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo. ✓ Evaluar los síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo. ✓ Mejorar la integración de los miembros del grupo en su familia, comunidad o círculo social <p>Actividades:</p>	<p>Instrumentos de evaluación usados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) ✓ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ✓ Escala de Bienestar Psicológico (BP)

	<ul style="list-style-type: none">• Exposición abierta.• Evaluación final.• Despedida.• Evaluación de las sesiones.	✓ Cuestionario de satisfacción con las sesiones grupales.
--	--	---

Fuente 1. Elaboración propia.

3.4. Organigrama

3.4.1. Organigrama de Rioja Salud

La elaboración del proyecto ha sido realizada pensando en la posible implementación que puede tener dentro del Sistema Público de Salud de la Rioja, conocido como Rioja Salud, que garantiza la asistencia sanitaria universal de calidad, mediante la provisión de servicios sanitarios y la contratación y gestión de recursos sanitarios, económicos y humanos (Rioja Salud).

Para conocer más sobre la estructura organizativa de Rioja Salud, se recoge el siguiente organigrama, en dónde se muestran los recursos, centros y servicios sanitarios:

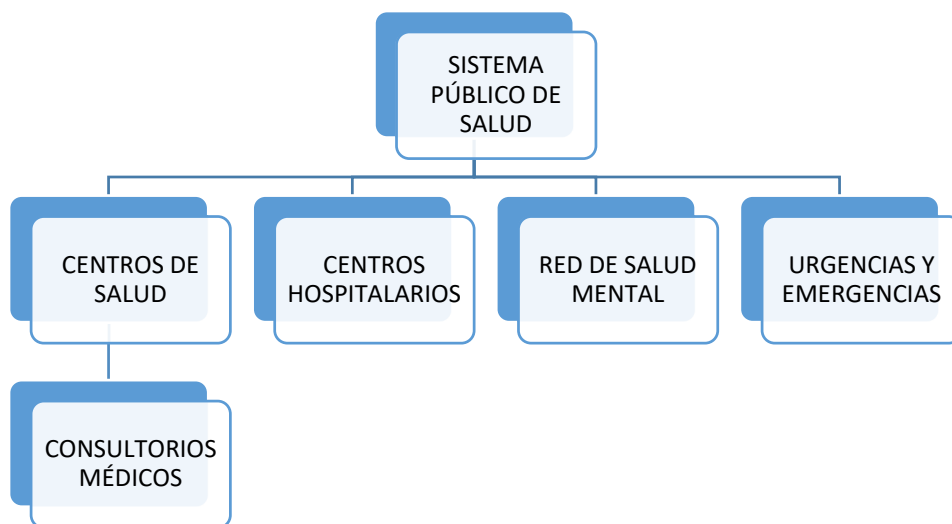


Figura 1. Organigrama del Sistema Público de Salud de La Rioja. Elaboración propia.

Los Centros de Salud son la puerta de entrada de los ciudadanos a los servicios públicos de salud, todos los ciudadanos tienen asignados un Centro de Salud cercano a su domicilio. Estos se encuentran distribuidos por toda la comunidad, encontrándose tres en La Rioja alta, doce en Logroño y cinco en La Rioja media. A su vez, se existen consultorios médicos en todos y

cada uno de los pueblos. La diferencia entre los consultorios y los centros de salud es la oferta de servicios y los horarios de atención.

3.4.2. Organigrama de Salud Mental

Teniendo en cuenta la organización del Sistema Público de Salud de La Rioja y las características del proyecto, este se puede implementar desde la Red de Salud Mental. Dentro de esta red, existe una extensa cartera de servicios, además de la existencia de programas de prevención y seguimiento terapéutico. De manera que el desarrollo de las sesiones programadas se pueden ser llevadas a cabo como asistencia complementaria desde alguna de las unidades recogidas en el organigrama, más concretamente, desde aquellos centros de salud en los que la demanda asistencial sea lo suficientemente alta, el perfil de consulta se corresponda con los criterios de inclusión descritos anteriormente y exista un espacio lo suficientemente amplio y disponible para la realización de las sesiones.

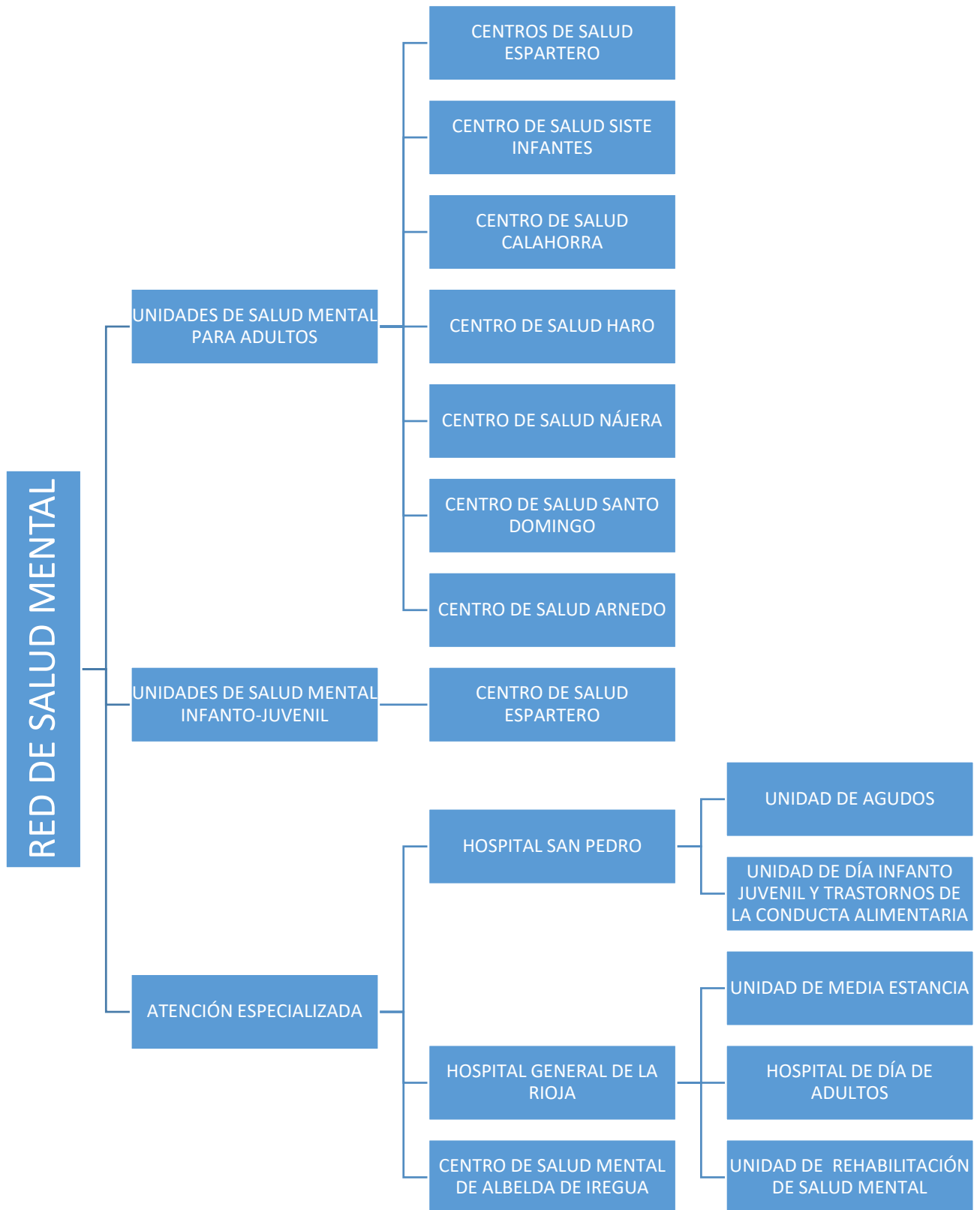


Figura 2. Organigrama de la Red de Salud Mental del Sistema Público de Salud de La Rioja. Elaboración propia.

3.5. Cronograma

3.5.1. Cronograma de los objetivos alcanzados en cada sesión terapéutica

En la siguiente tabla se recoge el cronograma de las sesiones terapéuticas grupales estimadas. Por un lado, se pueden observar los objetivos específicos establecidos y, por otro lado, las sesiones terapéuticas realizadas. Cada casilla coloreada indica la realización de actividades en el formato grupal que han estado orientadas a alcanzar ese objetivo. Puesto que los objetivos pueden ir trabajándose a lo largo de las sesiones, algunos objetivos están señalados en más de una sesión. Esto posibilita que el alcance del objetivo señalado no sea meramente superficial, sino que se mantenga en el tiempo y permita trabajar su fortalecimiento.

Tabla 2. Cronograma de las sesiones.

Las sesiones se realizan cada 15 días	MES 0	MES 1	MES 1	MES 2	MES 2	MES 3	MES 3
		Principio de mes	Mitad de mes	Principio de mes	Mitad de mes	Principio de mes	Mitad de mes
OBJETIVOS	SEMANA PREVIA	SEMANA 1	SEMANA 3	SEMANA 5	SEMANA 7	SEMANA 9	SEMANA 11
	SESIÓN INDIVIDUAL	PRIMERA SESIÓN	SEGUNDA SESIÓN	TERCERA SESIÓN	CUARTA SESIÓN	QUINTA SESIÓN	SEXTA SESIÓN
Ofrecer un ambiente de apoyo.							
Proporcionar psicoeducación en fortalecimiento personal, emocional y social.							
Aliviar los síntomas							

asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo.							
Evaluar la evolución clínica de cada miembro a través de distintos instrumentos.							
Desarrollar habilidades sociales adaptativas entre los miembros del grupo.							
Promover la mejora del estado de ánimo o estabilización de este.							
Mejorar la integración de los miembros del grupo en su familia, comunidad o círculo social.							

Fuente 2. Elaboración propia.

3.6. Recursos

3.6.1. Recursos materiales y humanos

3.6.1.1. Recursos materiales

Los recursos materiales son los bienes e instrumentos tangibles que van a permitir alcanzar los objetivos. Luego, para dar alcance a los objetivos planteados, son necesarios una serie materiales que permitan llevar a cabo una correcta dinámica grupal. El desarrollo y realización de las sesiones recogidas en el proyecto requiere de la disposición de los siguientes materiales:

- ✓ *Salas* para la realización de las sesiones. Es necesaria la disponibilidad de una sala amplia con sillas para que pueda desarrollarse la dinámica de una manera cómoda.
- ✓ *Ordenador y proyector*. En alguna sesión se trabajan conceptos que requieren de una presentación visual para una mejor conceptualización.
- ✓ *Instrumentos de evaluación clínica*, especialmente de psicopatología clínica. Escalas de valoración de ansiedad, depresión y calidad de vida. Este tipo de escalas e inventarios tienen un presupuesto estimado de:
 - *Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)*. El manual tiene un precio de 52,50 euros y 50 unidades de hojas de respuesta un precio de 58,25 euros.
 - *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. El manual tiene un precio de 52,50 euros y 50 unidades de hojas de respuesta un precio de 58,25 euros.
- ✓ *Material científico complementario*. Para realizar las actividades de psicoeducación y fortalecimiento emocional se requiere de manuales y material sobre estos conceptos. De modo que es necesario disponer de un amplio repertorio de material didáctico y formativo que permita a los terapeutas mejorar sus habilidades y capacidad de dinamizar el grupo.

3.6.1.2. Recursos humanos

El desarrollo de las sesiones es llevado a cabo por un profesional del ámbito de la psicología clínica. De manera que, el principal recurso humano son los *terapeutas grupales*; con un perfil profesional de formación en psicología clínica y especializado en terapia de grupo. Si bien este último requisito puede ser sustituido por un amplio recorrido laboral en el área de la psicoterapia y actividad profesional en la misma.

3.6.2. Costes directos e indirectos

3.6.2.1. Costes directos

Los costes directos son aquellos que se relacionan directamente con el objetivo del proyecto y pueden medirse y asignarse directamente con el producto, o en este caso, con los servicios.

Entre los principales costes directos se encuentran:

- ✓ *Sueldos terapeutas*: Los terapeutas son los principales profesionales que trabajan de manera directa en el proyecto, de modo que sus sueldos son el principal sueldo directo tenido en cuenta. El sueldo medio de un psicólogo en España oscila entre los 18.000 y 21.000 euros brutos al año.
- ✓ *Soporte material*: Manuales e instrumentos de evaluación clínica.
 - *Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)*. El manual tiene un precio de 52,50 euros y 50 unidades de hojas de respuesta un precio de 58,25 euros.
 - *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. El manual tiene un precio de 52,50 euros y 50 unidades de hojas de respuesta un precio de 58,25 euros.
 - *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (BP)*.
 - *Ordenadores y proyectores*.

3.6.2.2. Costes indirectos

Los costes indirectos son aquellos que no se relacionan de forma directa con la producción del servicio. Entre ellos se encuentran:

- ✓ *Personal de limpieza*: El mantenimiento de las instalaciones requiere de personal de limpieza, de manera que los sueldos de estas personas entran dentro de los costes indirectos del proyecto. El personal de limpieza en España tiene un salario promedio de 937 euros al mes.
- ✓ *Personal de gestión de casos*: El personal que se dedica a derivar y gestionar los expedientes de las personas susceptibles de beneficiarse del proyecto. Entre estos se pueden diferenciar:
 - *Personal de administración*. Encargados de gestionar expedientes y reserva de salas para la realización de las sesiones. En España el sueldo medio se encuentra alrededor de los 18.000 euros anuales.

- *Médicos de cabecera*. Encargados de derivar a los pacientes a salud mental. Los médicos de cabecera en España tienen un sueldo medio de unos 51.000 euros brutos al año.
- *Psicólogos clínicos*. Encargados de gestionar los casos y seleccionar aquellos susceptibles de participar en las sesiones. Al igual que el terapeuta, ambos disponen de la misma formación base, luego el sueldo medio oscila entre los 18.000 y 21.000 euros brutos al año.

3.7. Evaluación

Todo proyecto requiere de una evaluación final que permita conocer el grado de eficacia y satisfacción que ha producido entre las personas beneficiarias. En este caso, se recogen varias evaluaciones que permiten conocer el grado de mejora de síntomas asociados con ansiedad depresión de los participantes y evolución del bienestar psicológico. Para evaluar los efectos que las sesiones tienen sobre los participantes, además de las tres medidas realizadas con los tres instrumentos mencionados anteriormente, se van a introducir las evaluaciones realizadas por el terapeuta y el psicólogo clínico que les sigue en terapia individual.

Finalmente, en la última sesión se aplica a los miembros del grupo un cuestionario sobre la satisfacción con las sesiones realizadas. El objetivo es conocer la satisfacción de los miembros con el contenido de las sesiones terapéuticas, el terapeuta y evolución personal. Este instrumento servirá para conocer aquellos aspectos susceptibles de mejora de las sesiones o del propio terapeuta.

3.7.1. Evaluación a través de los instrumentos BDI-2, BAI y BP

Antes de dar comienzo a las sesiones programadas, todos y cada uno de los participantes han de responder a los cuestionarios BDI-2, BAI y BP. Con esta primera preevaluación se pretende conocer la situación actual de los participantes (presencia de síntomas ansioso-depresivos, calidad de vida, satisfacción personal, bienestar psicológico, etc.). Se realizará otra evaluación hacia la mitad de las sesiones con los mismos instrumentos y, una última evaluación al finalizar todas las sesiones, con objeto de conocer la evolución y los cambios producidos en cuanto a sintomatología ansiosa o depresiva y bienestar psicológico.

Con estos instrumentos se evalúa el grado de cumplimiento de los siguientes objetivos específicos planteados al comiendo del proyecto:

- Alivio de síntomas asociados a la depresión o ansiedad de los miembros del grupo.
- Mejora del estado de ánimo de los participantes.

3.7.2. Evaluación de los psicólogos: psicólogo clínico individual y terapeuta grupal.

Evaluar los efectos que las sesiones tienen sobre los participantes requiere de una evaluación más extensa, por ello, además de la evaluación realizada con los instrumentos expuestos anteriormente, se van a introducir las evaluaciones realizadas por el terapeuta y el psicólogo clínico que les sigue en terapia individual a cada uno de los miembros del grupo.

3.7.2.1. Psicólogo clínico

El psicólogo clínico que les sigue en terapia individual debe realizar una evaluación general previa a las sesiones en la que se recoja información sobre el estado actual del paciente (síntomas, satisfacción con la vida, autorrealización, motivación, participación social, autoestima, etc.) a través de una entrevista individual. Esa evaluación servirá para comprobar si los miembros han mejorado o no, o en qué medida lo han hecho, permitiendo así conocer si las sesiones grupales han tenido efectos relevantes sobre los síntomas, estado de ánimo o bienestar psicológico gracias a otra sesión individual con el psicólogo clínico correspondiente al finalizar todas las sesiones.

Entre los objetivos evaluados por el psicólogo clínico se encuentran:

- Alivio de síntomas asociados a la depresión o ansiedad.
- Sintomatología de cada uno de los miembros.
- Grado de mejora del estado de ánimo.
- Grado de mejora de la integración de los miembros del grupo en su correspondiente familia o círculo social.

3.7.2.2. Terapeuta grupal

El terapeuta grupal dinamizador de las sesiones es un perfecto evaluador, gracias a su presencia en todas las sesiones es capaz de ir observando la evolución de los miembros a través de la participación y discursos compartidos. De modo que, el terapeuta grupal ha de reunirse con el psicólogo clínico que trabaja con los distintos miembros para compartir información sobre los participantes que pueda ser útil para una evaluación más extensa.

3.7.3. Evaluación del proyecto.

Para conocer la eficacia del proyecto y la satisfacción con este de los participantes, se ha desarrollado un cuestionario: *“Cuestionarios de satisfacción con las sesiones psicoterapéuticas grupales”* (véase Anexo E). En este cuestionario se evalúa el grado de satisfacción con las sesiones, su dinámica, desarrollo, contenido y terapeuta, además de evaluar la eficacia de las sesiones a través de la mejora del estado de ánimo de los miembros.

A través de este instrumentos se pretende conocer:

- ✓ Satisfacción con el contenido de las sesiones terapéuticas.
- ✓ Satisfacción con el terapeuta.
- ✓ Interés en las sesiones.
- ✓ Grado de mejora tras participar en las sesiones.
- ✓ Grado de eficacia: si ha servido para adquirir habilidades sociales adaptativas, se han adaptado más, se encuentran mejor, etc.

Además de la evaluación sobre las sesiones grupales realizada por los participantes, el terapeuta dinamizador debe cumplimentar un cuestionario *“Encuesta de valoración de las sesiones grupales a rellenar por el terapeuta dinamizador”* (véase Anexo F), mediante el que se determinará el grado de participación, asistencia, adecuación de la programación, cohesión grupal y grado de aprendizaje interpersonal.

4. Conclusiones

Gracias a toda la literatura recogida en el presente trabajo, junto al minucioso análisis realizado con toda la información expuesta en el mismo, se han elaborado una serie de conclusiones respecto a la situación de la salud mental en España y las respuestas ofrecidas desde el sistema público de salud.

En España la demanda de atención psicológica ha variado en los últimos años, sin embargo, el número de profesionales contratados para dar respuesta a la creciente demanda no. Esto hace que el sistema público de salud se enfrente a largas listas de espera para atender a personas que requieren de un seguimiento psicológico por presentar cuadros ansiosos o depresivos, entre los más comunes (Ministerio De Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019). Además, estos cuadros suelen mantener una estrecha relación con cuestiones económicas y sociales ya que la falta de seguridad en la cobertura de las necesidades básicas afectan a aquellos colectivos de personas que se encuentran en situaciones de precariedad laboral o riesgo de exclusión social. Llegar a final de mes sin comeduras de cabeza, mantener a toda una familia, personas dependientes o una búsqueda de trabajo insatisfactoria, afectan fuertemente a las personas. No obstante, este tipo de problemáticas han estado y están presentes en un considerado porcentaje de la población. La literatura (Bacigalupe et al., 2020; Henares Montiel et al., 2020; Montero et al., 2004) ha evidenciado la estrecha relación existente entre una posición social y económica desaventajada con sufrir problemas de salud mental.

Junto a la posición socioeconómica desaventajada, la literatura ha evidenciado la diferencia significativa existente entre el número de hombres y mujeres que requieren de seguimiento psicológico desde el sistema público de salud (Haro et al., 2006). De modo que, factores como el género y la posición socioeconómica tienen una fuerte influencia sobre la probabilidad de requerir de los servicios de atención y/o seguimiento psicológico. Ser mujer, pertenecer a una minoría étnica o a una posición económica baja junto a la falta, o poca, formación, son factores que influyen negativamente sobre la salud mental de las personas. Estas características actúan como factores de riesgo en caso de ser negativas o estar ausentes, y actúa como factor protector el ser hombre, tener una posición social buena y trabajo.

Por ello, teniendo en cuanto los datos relevantes acerca de cómo influyen cuestiones estructurales, sociales, familiares y personales en la aparición, desarrollo y mantenimiento de

una enfermedad mental y todos los datos aportados por la literatura y la práctica de distintos profesionales, se puede establecer un perfil característicamente común en Atención Primaria. Es importante prestar atención a las características recogidas, y que se encuentran asociadas con una mayor prevalencia de acudir a consulta por problemas de salud, para el desarrollo de políticas sociales, así como de programas y proyectos de prevención e intervención en la sociedad.

Otro aspecto importante que no puede pasar desapercibido es el preocupante consumo de ansiolíticos y antidepresivos en España, en comparación con el resto de los países de Europa, España se posiciona como el segundo país con mayor consumo de ansiolíticos y cuarto en consumo de antidepresivos (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015; Cano-Vindel, 2011; Jiménez y Brik, 2020; Matud Aznar et al., 2017). En relación con estos datos, la saturación del sistema sanitario consecuencia de la cronificación de muchas enfermedades y del envejecimiento de la población, hace que desde Atención Primaria se receten psicofármacos ante la presencia de síntomas asociados con cuadros de ansiedad o depresión. Si bien a corto plazo estas recomendaciones pueden tener efectos beneficiosos, tanto para la persona por la rápida tolerabilidad que genera una mejora notable y control de los síntomas, y para el sistema por dar respuesta a la demanda de atención desde los médicos de cabecera. Sin embargo, estos efectos inmediatos a largo plazo dejan de resultar tan eficaces ya que el consumo crónico y prolongado de ansiolíticos y antidepresivos tiene numerosos efectos adversos, además de generar una alta dependencia (Louvet et al., 2015). En suma, la falta de psicólogos clínicos contratados en comparación con la media europea y el aumento de prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en la población española, muestra cómo se está tratando de paliar un problema parcheando y proponiendo soluciones a corto plazo a través del efecto inmediato producido por la polimedicación en la población pero que, si se analiza a medio o largo plazo, tiene más efectos negativos que positivos.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se pone de manifiesto la necesidad de cuidar las políticas sociales, de promover actuaciones de prevención e intervención que no solo se centren en agudos y activos. Es necesario que se establezcan actuaciones preventivas dirigidas a toda la sociedad de un modo real y visibilizado. En este caso, el protagonismo lo tiene el Estado y las políticas desarrolladas por el mismo como protección ante futuros problemas. La íntima relación que se encuentra entre los problemas de salud mental, aspectos

socioeconómicos y las políticas de protección social, entre otras, brinda la posibilidad de planificar políticas que ofrezcan actuaciones dirigidas para incrementar los recursos dirigidos al apoyo de colectivos más vulnerables.

Otro elemento que afecta sobre la ciudadanía es la división y gestión por Comunidades Autónomas del sistema público de salud. Estas divisiones afectan de forma desigual en todo el territorio español produciendo grandes desigualdades por territorios y dificultando la implementación general de planes oficiales de intervención.

Finalmente, uno de los motivos que ha llevado a seleccionar la terapia grupal como atención complementaria a la individual ha sido la cantidad de ventajas que ofrece para la persona que participa activamente en las sesiones. A diferencia de la medicación, la participación continuada en sesiones psicoterapéuticas grupales permite trabajar habilidades y capacidades de la persona además de hacerla protagonista de su proceso, aspectos que quedan muy alejados cuando se receta un fármaco y la persona pasa a encontrarse mejor y a convivir con el problema silenciado. No sólo son las ventajas ofrecidas para la persona lo que ha llevado a considerar la terapia grupal como respuesta complementaria a la medicalización y terapia individual ofrecida desde el sistema sanitario. La complementariedad de este proyecto desde la Red de Salud Mental persigue ofrecer una respuesta eficaz y eficiente ante problemas de cronificación y comorbilidad de otras enfermedades y problemas de conducta (Berlanga, 1993) derivados de una mala respuesta ofrecida para atender a los trastornos de ansiedad o depresión. En definitiva, esta alternativa ofrece resultados a medio y largo plazo y requiere de la participación real de la persona a diferencia de otras intervenciones, apostando por una intervención en la que se tiene en cuenta aspectos sociales, emocionales y personales, y no se limita a atender a los síntomas diagnósticos.

5. Limitaciones y Prospectiva

Entre las limitaciones del proyecto destacan aspectos relacionados con la financiación, implantación y seguimiento. Por un lado, la falta de interés por parte de los gerentes y altos cargos encargados de gestionar los recursos, proyectos y programas de salud puede afectar negativamente a este tipo de iniciativas. Para lograr ofertar este proyecto desde dentro del sistema sanitario es necesario un proceso previo en el que se apueste por el mismo. De modo que, la implantación de este no será posible sin la inversión suficiente. Si se logra implantar y desarrollar el proyecto, primero en una comunidad, en este caso La Rioja, puede servir de experiencia piloto y, gracias a una correcta evaluación y seguimiento replicarlo en el resto de las comunidades.

Otra limitación a tener en cuenta son los posibles problemas de adherencia al tratamiento. El aspecto novedoso y el requerimiento de una participación activa puede hacer que algunas personas abandonen las sesiones. La población muchas veces no es consciente de los beneficios que pueden aportar este tipo de encuentros y, las preferencias y dependencia a los ansiolíticos y antidepresivos extendida en la sociedad puede dificultar que este tipo de tratamiento complementario tenga el impacto esperado. De manera que el enganche inicial en las sesiones es primordial. Si bien la redacción de las sesiones se ha realizado suponiendo que se desarrollan sin ningún tipo de inconveniente y en el que la participación de los miembros de grupo es la adecuada. No obstante, es importante tener en cuenta, como posible limitación, la no participación activa de los miembros del grupo o una posible disgregación del mismo. Esto es algo que no puede ser tenido en cuenta de forma previa, pero que debe ser contemplado por si se diera la situación en el momento de llevar a cabo el proyecto.

En cuanto a la prospectiva de este proyecto, teniendo en cuenta que a diferencia de otros métodos terapéuticos que ofrecen resultados a corto plazo, los efectos y beneficios obtenidos con este tipo de intervención requiere de más tiempo, la valoración de los resultados debe ser realizada a medio y largo plazo. Entre las ventajas se encuentran los efectos que producen, estos son mucho más beneficiosos que otros métodos terapéuticos, e influyen sobre áreas de la vida de las personas (social, familiar, laboral o académica), más allá de la salud física o mental.

Finalmente, la prospectiva del proyecto es positiva, siendo una opción rehabilitadora y que sirve de soporte para promover unos estilos de vida saludables, adquirir habilidades sociales adaptativas y técnicas de afrontamiento eficaces, además de combatir la cronificación gracias a los aspectos potenciados y mencionados. De este modo, y valorando la sencillez del proyecto y fácil inclusión en el sistema, se plantea la posibilidad de replicar el trabajo, es decir, pensar en este proyecto como un proyecto escalable, es decir, primero se puede aplicar en una localidad o comunidad dentro del correspondiente centro de salud como experiencia piloto y, tras ser evaluada la experiencia, puede desarrollarse en otros centros de salud, localidades y comunidades.

Referencias bibliográficas

- Abarca Cidón, J. (2017). *Análisis de la Ley General de Sanidad en la realidad del siglo XXI. Propuestas para un modelo sanitario sostenible*. Universidad San Pablo.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2015). *Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013*. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf?x27361>
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 Manual de Diagnóstico Diferencial*. Editorial Panamericana.
- Ávila-Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica, y la práctica basada en las evidencias. Una reflexión relacional sobre la Psicoterapia en el Siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29-52.
- Barlow, D. H., y Durand, V. M. (1995). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Benavides, F. G., Delclós, J., y Serra, C. (2018). Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 193–197.
- Benedito Monleón, M. C., Carrió Rodríguez, M. C., Valle del Valle, G. del, & Domingo González, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 165–176.
- Berlanga, C. (1993). La comorbilidad en los trastornos depresivos. *Salud Mental*.
- Bowen, R., South, M., Fischer, D. y Looman, T. (1994). Depression, mastery and number of group sessions attended predict outcome of patients with panic and agoraphobia in a behavioural/medication program. *Canadian Journal of Psychiatry*, (39), 5, 283-8.

- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 75-97.
- Castillo, S. (2008). *Solidaridad, seguridad, bienestar: cien años de protección social en España*. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Correa-Palacio, A. F. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría*, 6(2), 51–59.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., y González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 38(1), 63–84.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129–136
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. London: Polity.
- Fernández Álvarez, H. (2005). *“Seminario Terapia Grupal”*. Ecuador.
- García Zamorano, B. (1998). *Psicoterapia* (pp. 205–216). Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10705/CC%2043%20art%2014.pdf?sequence>
- González de Rivera, J. (1998). Evolución histórica de la psiquiatría. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*, 19(5), 183–200.
- González, F., González, V., y Vázquez, J. (2018). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*.
- Guimón, J. (2003) *Manual de Terapias de Grupo. Tipos, modelos y programas*. Biblioteca Nueva.
- Gutiérrez Cid, S. A., y Varela Moreno, V. L. (2009). Propuesta de un Modelo de Psicoterapia Grupal Estratégica en depresión severa: cómo pasar de víctima de la depresión a protagonista de la recuperación. *Terapia Psicológica*, 27(1), 41–49.

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clinica*, 126(12), 445–451.
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I., y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114–119. doi:10.1016/j.gaceta.2019.03.002
- Jiménez, L. y Brik, E. (2020). *Incremento del consumo de psicofármacos en España debido al COVID-19*. Recuperado de: <https://itadsistemica.com/adicciones/incremento-consumo-psicofarmacos-en-espana-debido-al-covid19/>
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70–79.
- López - Yarto, L. (2002). *Terapia de grupo o terapia en grupo*. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*.
- López, E., y Costa, M. (2015). Los problemas psicológicos no son enfermedades. *Papeles Del Psicólogo*, 36(1), 77–80.
- Louvet, S., Ischayek, M., y Danoff, R. (2015). The current role of long-term Benzodiazepines for the treatment of Generalized anxiety. *Osteopathic Family Physician*, 7(1).
- Márquez, M. (2014). Trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Vertex*, 58–62.
- Martín Pérez, C., Pedrosa García, R., Herrero Martín, J. J., de Dios Luna del Castillo, J., Ramírez García, P., y Sáez García, J. M. (2003). Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Atención Primaria*, 31(1), 39–46.
- Martínez-Gayo, G. y Martínez-López, J. (2020). Salud y privación farmacéutica en España. Una devaluación de la ciudadanía social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1–19.
- Mathis, W., Smith, E. A., y Schoof, H. F. (1970). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. *Journal of Economic Entomology*, 63(1), 29–31.

- Matud Aznar, M. P., García Pérez, L., Bethencourt Pérez, J. M., y Rodríguez-Wangüemert, C. (2017). Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 5 (Marzo), 23–31.
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M. del P., y Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología Desde El Caribe*, (23), 83–112.
- Mejía Pacheco, M. P. (2008). *Diseño y aplicación de un programa de terapia grupal desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad para mujeres que viven violencia intrafamiliar acogidas en la casa "María Amor."* [Trabajo Fin de Máster, Universidad del Azuay]. Disponible en: <http://201.159.222.99/bitstream/datos/6163/1/07124.pdf>
- Ministerio De Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Barómetro Sanitario 2019*. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18, 175-181.
- Moreno, E., y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315–328.
- O'Campo, P., Molnar, E. N., Renahy, E., Mitchell, C., Shankardass, K., St. John, A. et al. (2015). Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science and Medicine*, 132, 88–94.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. (30 de marzo de 2018). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Rioja Salud. *El Sistema Público de Salud. Organización del Sistema de Salud*. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/institucion/organizacion-del-sistema-de-salud/el-sistema-publico-de-salud>

- Rocha, K. B. (2011). *Desigualdades sociales asociadas a los problemas de salud mental en España: un estudio epidemiológico*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389–395.
- Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Markez, I., y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(1), 143–148.
- Shoukai, Y. (2018). Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: A global study. Transl. *Psychiatry*, 8, 98.
- Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: Psychoterapeutic Implications. *The Journal of Individual Psychology*, 64(3), 369-376.
- Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.
- Yalom, I. D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de cultura económica.
- Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy*. Hachette UK.

Anexo A. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo B. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:					
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo C. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (BP)

ESCALA BP DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

EDAD: _____ SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

A continuación se presenta algunos enunciados sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. No existe respuesta correcta o incorrecta. Responda con sinceridad. Su respuesta puede determinarlo marcando una equis (x).

Ítems	Totalmente desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						

Ítems	Totalmente desacuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo						
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

Anexo D. Sobreestimación y descatastrofismo

CALCULAR LA PROBABILIDAD DE SOBRESTIMACIÓN

APRENDE A REEVALUAR EL “SALTO A LAS CONCLUSIONES”.

PREGUNTAS QUE HACER CUANDO EVALUAMOS EVALUACIONES AUTOMÁTICAS.

1. ¿Sé seguro que _____ va a pasar?
2. ¿Estoy segura al 100% de que se producirían esas consecuencias tan horribles?
3. ¿Qué evidencias tengo para tener este miedo o creencia?
4. ¿Qué ha pasado otras veces en esta misma situación?
5. ¿Tengo una bola de cristal? ¿Cómo puedo estar segura de la respuesta?
6. ¿Podría haber alguna otra explicación?
7. ¿Cuánto creo/siento que _____ va a pasar? ¿Cuál es la probabilidad real de que _____ pase?
8. ¿Mi predicción negativa viene impulsada por las emociones tan intensas que estoy teniendo?
9. ¿Es _____ realmente tan importante sus consecuencias?

Teniendo en cuenta las respuestas a estas preguntas, ¿cuál sería una forma alternativa para interpretar esta situación?

Anexo E. Cuestionario de satisfacción con las sesiones psicoterapéuticas grupales

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LAS SESIONES PSICOTERAPÉUTICAS GRUPALES

Con este cuestionario se quiere conocer el grado de satisfacción de los participantes en las sesiones grupales en relación con las actividades, contenido, terapeuta y beneficios personales. El cuestionario consta de 10 preguntas, cada una tiene 6 posibilidades de respuesta. Por favor, lea con atención cada una de ellas y responda con total sinceridad. El cuestionario es totalmente anónimo, con él se pretende conocer la eficacia y efectividad de las sesiones y mejorar la calidad de estas.

PREGUNTAS	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Estoy satisfecho/a con la forma en la que el terapeuta ha llevado las sesiones.						
Los contenidos y actividades trabajados en las sesiones me han parecido útiles y beneficiosos.						
Los contenidos y actividades me han parecido interesantes.						
La duración de las sesiones ha sido adecuada.						
Me he sentido cómodo/a participando en las sesiones.						
Me siento mejor tras participar en las sesiones.						

Me gustaría poder continuar acudiendo a sesiones de este tipo.						
Siento que ha mejorado la relación con mis familiares, pareja, amigos, entorno laboral / académico, etc.						
Me siento con más confianza en mí mismo/a.						
El grupo me ha aportado nuevos conocimientos o maneras de comprender las situaciones o vivencias personales.						

Anexo F. Escala de evaluación para el terapeuta dinamizador

ENCUESTA DE VALORACIÓN DE LAS SESIONES GRUPALES A RELLENAR POR EL TERAPEUTA DINAMIZADOR

En cada una de las siguientes afirmaciones rodee con un círculo el número que mejor se adecúe con la afirmación de cada fila.
La escala que aparece encima de los números refleja las diferentes opiniones.

Pregunta	Escala de importancia				
	En absoluto	No mucho	NS/NC	En cierto modo	Mucho
El número de sesiones ha sido el adecuado.	1	2	3	4	5
La duración de las sesiones ha sido adecuada.	1	2	3	4	5
La participación de los miembros ha sido la deseada.	1	2	3	4	5
Han surgido problemas durante las sesiones en relación con los miembros del grupo.	1	2	3	4	5
Ha existido absentismo por parte de algunos miembros.	1	2	3	4	5
Las tareas establecidas en la programación han permitido desarrollar las sesiones de un modo dinámico y terapéutico.	1	2	3	4	5
El nivel de participación individual ha sido el esperado.	1	2	3	4	5
Se han observado mejoras clínicas significativas en los miembros del grupo.	1	2	3	4	5
Se ha generado una buena cohesión grupal.	1	2	3	4	5
Se ha logrado un buen aprendizaje interpersonal.	1	2	3	4	5

Otras observaciones/recomendaciones:
