



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

ISSN: 2340 2733

redaccion@RevistaAEN.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

Gómez Esteban, Rosa

La formación del psicoterapeuta grupal

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,
vol. 39, núm. 136, 2019, Julio-, pp. 117-142

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200006>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265061848014>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

La formación del psicoterapeuta grupal

Training in group psychotherapy

ROSA GÓMEZ ESTEBAN

Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo y Exsecretaria General de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental (AEN). Didacta F.E.A.P. Docente Área 3. Fundadora y Exsecretaria del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal (CIR).

Correspondencia: Rosa Gómez Esteban (rosagomezesteban@gmail.com)

Recibido: 23/09/2019; aceptado con modificaciones: 30/11/2019

Resumen: En los servicios de salud mental de nuestro país se da un escaso desarrollo de la psicoterapia en general, y de la psicoterapia de grupo, en particular. Estas carencias generan la necesidad de mejorar la formación en psicoterapia de grupo de nuestros psiquiatras y psicólogos, que ha de ser realizada siempre con metodologías grupales. La psicoterapia de grupo es el instrumento terapéutico que posibilita elaborar el sufrimiento de la población que atendemos, además de producir cambios subjetivos. Por ello, ha de ser la estrategia de elección en las psicopatologías leves y moderadas, y en las graves, combinada con psicoterapia, ya que, además, es la única estrategia terapéutica capaz de resolver el alto número de personas que acuden a las consultas de la red de salud mental. Finalmente, señalamos cuáles han de ser los pilares de la formación y, para resolver las carencias en la formación de nuestros profesionales, proponemos un programa de formación en psicoterapia de grupo para los futuros especialistas, psiquiatras y psicólogos.

Palabras clave: psicoterapia, psicoterapia de grupo, formación y supervisión, metodologías grupales.

Abstract: There is a lack of development in psychotherapy, particularly in group psychotherapy, in mental health services in Spain. The training of our psychiatrists and psycho-

logists in group psychotherapy is of great importance, since it is a first-line treatment choice in the case of mild and moderate psychopathology, and also in the severe one, combined with psychotherapy. On the other hand, it allows to deal quickly and effectively with the subjective suffering of the population we serve, and is the only therapeutic strategy capable of meeting the needs of the large number of people that seek our help. We propose a training program in group psychotherapy, using group methodologies in both supervision and training, and formulate a series of proposals to improve the training of our professionals.

Key words: psychotherapy, group psychotherapy, training, supervision, group methodologies.

INTRODUCCIÓN

EN ESTE TRABAJO DESCRIBIMOS EL CONCEPTO DE “CLÍNICA GRUPAL”, los cambios que esta nueva clínica ofrece a los pacientes, profesionales y a la institución, y planteamos algunas propuestas para incluir en los programas de formación de los psiquiatras y psicólogos. La primera de ellas es la necesidad de incorporar de manera regulada el aprendizaje de los grupos terapéuticos en la formación de residentes, incluyendo la formación en la observación y coordinación de grupos psicoterapéuticos a lo largo de los cuatro años de la residencia. La necesidad de una formación teórica y técnica de los grupos es la segunda propuesta. Y la tercera, la supervisión bien encuadrada de los grupos terapéuticos que realicen los residentes.

La supervisión clínica es imprescindible cuando realicen la función de co-terapeutas, y más aún cuando ejerzan la función de coordinadores principales en el último año de la residencia. La formación y supervisión ha de ser realizada preferentemente por profesionales bien formados en psicoterapia de grupo, que en un futuro convendría que estuvieran acreditados por la AEN.

Para realizar estas experiencias clínicas, de formación y de supervisión, se utilizarán metodologías grupales. Esta cuarta propuesta se realiza por el gran interés de los aprendizajes en contextos grupales. En el artículo se hace referencia a algunas de las principales metodologías grupales psicoanalíticas que tendrían que incluirse en los programas de formación de los residentes.

En los programas de formación continuada para los que ya son especialistas también se tendría que privilegiar la formación y supervisión de los grupos terapéuticos. Lo grupal, los grupos terapéuticos, han de ser el instrumento imprescindible en la clínica, pero también para el funcionamiento y la buena dinámica institucional, ya que sabemos que el trabajo grupal ofrece las condiciones

de posibilidad y facilita el desarrollo y la construcción del “equipo” dentro de la institución.

La quinta propuesta tiene que ver con las bases de la formación del psicoterapeuta grupal, para terminar con la propuesta principal: las líneas generales de un programa de formación para psicoterapeutas grupales. Un programa que, por supuesto, ha de ser adaptado para ser incluido en los Programas de Formación de las Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología.

1. LA “CLÍNICA GRUPAL” Y LOS CAMBIOS QUE PROPONE

La “clínica grupal” es un nuevo paradigma acerca de los procesos de salud y enfermedad mental, y de la clínica terapéutica. Este nuevo modelo cuestiona el discurso social de la medicina vigente, pues oculta la relevancia de las causas psicosociales en el origen de estos procesos. Este nuevo paradigma realiza una crítica al modelo biomédico que es predominante tanto en la formación que realizan los psiquiatras y psicólogos como en la clínica, un modelo que reconoce básicamente los aspectos biológicos y que influye de manera importante en el quehacer de los profesionales y en las creencias de los pacientes acerca de la “enfermedad mental”.

Esta nueva manera de pensar la clínica, en la que estamos reflexionando desde hace varios años (1-3), tiene sus antecedentes históricos en la teoría grupal psicoanalítica operativa, el grupoanálisis y el psicodrama psicoanalítico. Nos basamos en los autores de la línea operativa (Pichon-Rivière, Bion, Bauleo, Scherzer, Quiroga, entre otros), de la grupoanalítica (Foulkes y otros) y de la psicodramática (O’Donnell, Baudes de Moresco y Pavlosky, entre otros). Y tomamos aquellos conceptos de las teorías grupales psicoanalíticas que nos ayudan a comprender y articular la clínica del sujeto, lo vincular, lo grupal, lo familiar, lo multifamiliar y lo institucional.

Nos interesan las teorías grupales psicoanalíticas porque la teoría freudiana-lacaniana nos ofrece las bases para pensar una psicología normal y una psicopatología estructural. Nos ofrece el conocimiento para pensar la construcción del sujeto, que no puede pensarse sin el Otro materno, sin el deseo de la madre que conlleva la incorporación de la función paterna. Nos permite pensar que el sujeto se constituye en la palabra, en la articulación de los deseos de los padres y en la red de vínculos del grupo familiar. Es decir, en el interior de los vínculos familiares y grupales. La teoría psicoanalítica, por otro lado, propone una psico(pato)logía cuyas diversas formas clínicas dependen de los mecanismos defensivos y de la regresión alcanzada.

La concepción grupal operativa, que se basa en una psicopatología vincular y grupal, es una de las bases más importantes en esta “clínica grupal”. En la clínica con los grupos terapéuticos que realizamos, se trabaja sobre los vínculos actuales, sabiendo que en estos están también presentes los vínculos primarios familiares. Y, dentro

de ellos, el más significativo es el vínculo con la madre, que es el “protovínculo”, como lo denominara Pichon, que, a su vez, es el modelo de los vínculos posteriores.

En la construcción del sujeto, la representación y simbolización de la ausencia de la madre es fundamental, y esta dependerá del juego de presencias y ausencias que vaya realizando el bebé. Se podrá construir un sujeto si la madre tiene un deseo por el padre; es decir, el deseo de la madre por el padre le permitirá al bebé la incorporación de la función paterna y la entrada en el lenguaje. Este hecho es fundamental, ya que si el significante del Nombre del Padre es rechazado, no se podrá construir el sujeto y no podrá incluirse en el orden simbólico. Y en la clínica este rechazo, esta forclusión, en palabras de Lacan, se mostrará como una psicosis.

El sujeto se constituye en las tramas identificatorias de la triangularidad edípica del grupo familiar. Se conforma en una estructura triangular en la que los deseos de los padres y el vínculo establecido entre ellos son fundamentales. Pero también en aquellas identificaciones y vinculaciones con las personas significativas de sus grupos de pertenencia (hermanos/as, abuelos/as, etc.). Y aunque el sujeto se construya en las redes vinculares de lo familiar, está fuertemente atravesado por los diferentes discursos que corresponden al ámbito de lo social, comunitario e institucional.

Dicho con otras palabras, el sujeto se constituye en la internalización de la red de vínculos del grupo familiar, que para Pichon conforma la trama del “grupo interno” (que, a su vez, incluye los vínculos transgeneracionales a través de los cuales se transmiten “los secretos familiares” de las generaciones) (4). Esta red de vínculos constituye nuestro “inconsciente”, que, aunque se observe en el sujeto y sea singular, es plural también por la multiplicidad de vinculaciones. Es singular porque estructura al sujeto, sus modos de vinculación con los otros y su modo de goce particular, pero es preciso tener en cuenta que estos modos de vinculación están muy influidos por las relaciones sociales, por lo social, que, a su vez, determina lo comunitario e institucional.

El “grupo interno” está abierto al exterior y en el grupo terapéutico se externaliza en las relaciones con los otros participantes; es decir, en el grupo observamos esta comunicación e interacción recíproca entre mundo interno y mundo externo. En el proceso, los vínculos del grupo interno se transfieren y depositan sobre el coordinador y los integrantes, y estos actúan como objetos transferenciales en el aquí-ahora grupal. Estos vínculos internos, más o menos patológicos, se podrán conocer y transformar a lo largo del proceso terapéutico, pero siempre que exista un deseo de cambio en el sujeto.

Utilizamos el término “clínica grupal” en una conceptualización amplia, en sus dos vertientes: la primera se refiere a un nuevo modo de pensar la enfermedad y el tratamiento psicoterapéutico que permite abordar la multiplicidad de los factores intervinientes en la causación de la psicopatología. Y la segunda, a un nuevo modelo de organización de la asistencia, docencia e investigación.

La clínica grupal se basa en una psicopatología de la vida cotidiana que significa la “enfermedad” como la crisis de un sujeto en la que se muestra su división subjetiva, sus modos de vinculación y su relación con los grupos de pertenencia. Una crisis que, por otro lado, ha de ser entendida también como promesa de individuación y maduración personal.

La clínica grupal es de gran interés por su potencia terapéutica debido a los significativos factores terapéuticos grupales (5,6). Con ellos nos referimos a la acción del “grupo como agente terapéutico”. He subrayado los más significativos: el encuadre grupal, el diálogo, la interacción y comunicación grupal, las transferencias grupales, el discurso del grupo, la lectura de emergentes y, por supuesto, las diferentes intervenciones e interpretaciones del equipo terapéutico (7). Dentro de estos factores terapéuticos, incluimos también aquellas intervenciones de los pacientes que producen efectos terapéuticos en los otros. Por otro lado, los momentos de evaluación grupal también son factores terapéuticos específicos de “lo grupal” a tener en cuenta.

La hipótesis en nuestra clínica grupal es que “la psicoterapia de grupo, por sus potentes factores terapéuticos, ha de ser el tratamiento privilegiado para abordar la complejidad de la mal denominada «enfermedad mental»”. Y ha de ser la estrategia psicoterapéutica de elección, además de por su eficacia terapéutica (8), porque es la única capaz de abordar el alto número de demandas que colapsan los servicios de salud mental; es decir, por su eficiencia (9). En este nuevo paradigma de la clínica en salud mental, el objeto de conocimiento es el grupo psicoterapéutico.

Nuestra Clínica Grupal propone varios *cambios de posición*:

1. El primero es el pasaje del paradigma biológico al biopsicosocial.
2. El segundo pasaje se refiere al síntoma: propone una transición desde la clínica de la mirada a la escucha, es decir, del pensamiento acerca del sint sentido del síntoma a la búsqueda del sentido y del goce del sujeto.
3. El tercer pasaje se refiere a la relación terapéutica, una transición desde el modelo autoritario/paternalista en la relación terapeuta-paciente a una vinculación en la que las palabras del paciente sean las protagonistas, pero también las del profesional.
4. El cuarto es el pasaje de lo individual a lo grupal. El tránsito desde una psicopatología individual a una psicopatología que incluye lo vincular, grupal y social. Una psicopatología en el marco de una psiquiatría y psicología de la vida cotidiana (siguiendo a Pichon-Rivière, Bion, Foulkes, Bauleo, De Brasi, Kesselman, Caparrós, Quiroga, Scherzer y otros autores grupalistas psicoanalistas).

5. La paulatina transición de las psicoterapias individuales a las grupales, familiares y multifamiliares, ya que, siguiendo las ideas *pichonianas*, el sujeto enferma en grupo (“el enfermo es emergente de su grupo familiar”) y, a su vez, “el grupo es el agente terapéutico”.
6. El sexto se refiere al cambio de posición del coordinador del grupo. La medicina le exige al médico que ocupe el lugar de la omnipotencia del “saber”, le pide la curación del paciente. Sin embargo, en la Clínica Grupal se propone que se ubique en el lugar de “no saber”, una posición desde la que pueda escuchar el saber del paciente. Las palabras de este son fundamentales, porque es quien tiene el saber de su inconsciente. Centrarse en esta posición evita que los profesionales oscilen entre la omnisciencia y la impotencia, con la negación de lo que se sabe. Estas oscilaciones son más significativas entre los profesionales que tienen menor experiencia clínica.
7. Lo grupal facilita el pasaje de la libido narcisista a la libido objetal/grupal; y este factor terapéutico es muy importante en los grupos psicoterapéuticos con pacientes que padecen un trastorno mental grave. Las patologías narcisistas o con precariedad narcisística han sufrido una regresión de la libido objetal al narcisismo. Y el grupo terapéutico, al promover los mecanismos y dinámicas que disminuyen la regresión y facilitan el vínculo con los otros, contribuye de manera importante a la mejoría del sujeto.
8. La coordinación de los profesionales con metodologías grupales favorece el funcionamiento institucional y logra que el “agrupamiento de profesionales” se transforme en “grupo” y este en “equipo”. Dicho con otras palabras, “lo grupal” promueve el trabajo en equipo, lo que ofrece la posibilidad de que los profesionales puedan hacerse cargo de la compleja tarea institucional.
9. El noveno cambio hace referencia al pasaje de las metodologías individuales a la implementación de metodologías grupales en todas las actividades de formación, supervisión e investigación de los profesionales de la red de salud mental.

2. EL APRENDIZAJE DE LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LOS MIR Y PIR

La psicoterapia de grupo ha de ser el eje del programa asistencial en los dispositivos de salud mental. Y el aprendizaje de la observación y coordinación de los grupos psicoterapéuticos ha de ser central en el programa de formación de los residentes (10). Los grupos psicoterapéuticos han demostrado ser instrumentos muy eficaces para abordar la complejidad de los procesos de salud/enfermedad y para conocer los factores disposicionales y desencadenantes que corresponden al campo de lo biopsi-

cosocial (11,12). Asimismo, posibilitan a los residentes observar el “núcleo patogénico” del sujeto, en palabras de Pichon-Rivière (13), y conocer la psicopatología, la historia del sujeto y sus modos de vinculación.

Para los residentes, los grupos terapéuticos son espacios privilegiados para observar el inconsciente, las relaciones interpersonales, los vínculos implicados en el proceso de enfermedad y las experiencias vividas en la infancia del sujeto. Estos grupos terapéuticos psicoanalíticos permiten observar lo más íntimo y desconocido para el sujeto. Y evidenciar, como descubriera Freud, que los procesos inconscientes son la causa de la formación de los síntomas que se padecen; siendo el síntoma uno de los motivos de consulta que el autor señalara junto a la inhibición y la angustia.

En estos grupos, el diálogo grupal posibilita la emergencia y el retorno de lo reprimido y de lo que fue denegado o rechazado, lo que permite develar, por un lado, el significado y, por otro, el “sinsentido” (en relación al goce displacentero) de los síntomas. Los diálogos grupales permiten comprender al residente que la psicopatología es emergente de la problemática personal y de las contradicciones y ambigüedades del sujeto. Pero que también es emergente de los conflictos interpersonales y grupales. Y, asimismo, en estos grupos podrán internalizar que las relaciones intersubjetivas están siempre mediatizadas por el “grupo interno” del sujeto, y de ahí el malentendido inherente a la comunicación.

En la observación de los grupos terapéuticos, los residentes pueden reconocer la importancia de las separaciones, de las situaciones de pérdida, reales o fantaseadas (una figura significativa familiar u otras relaciones afectivas, por ejemplo, amigos, trabajo, ideales, etc.). Y observar que estas pérdidas son causa y desencadenante de las denominadas “enfermedades mentales” y del padecimiento subjetivo. Y, asimismo, que si hay una elaboración fallida de las pérdidas, surge la “enfermedad”, del mismo modo que si en las relaciones interpersonales prima la incomunicación, los mecanismos defensivos patológicos y la compulsión a la repetición.

El interés de la observación del grupo terapéutico radica en su propia especificidad y en que es un instrumento que hace posible percibir aquellos “objetos de conocimiento” que no son visibles en otras estrategias terapéuticas. Los grupos terapéuticos les permiten observar relaciones, vínculos, afectos y diferentes modos de vinculación; así como diversos mecanismos defensivos que están en el origen de las variadas psicopatologías: en la neurosis, la represión; en la psicosis, la forclusión; y en los denominados trastornos *borderline*, la denegación. Asimismo, les permiten percibir otros mecanismos que también son inconscientes para el sujeto (identificación, proyección e idealización, entre otros).

En estos grupos, los residentes pueden observar la división subjetiva entre consciente e inconsciente, y pensar las crisis como emergentes de un proceso indi-

vidual y grupal (pareja/grupo familiar/ grupo escolar o laboral, etc.). En el grupo observan los relatos de aquello que conmueve y angustia a los pacientes, sus obsesiones y desdichas; es decir, aquello que les afecta tanto en sus vidas cotidianas. Pueden percibir aquellos afectos que preocupan, inhiben o paralizan a los pacientes; ya sea la angustia, la ambivalencia, la agresividad, la culpa, los celos, la envidia, el sadismo y el masoquismo, entre otros.

Pueden tomar conciencia de que la “intersubjetividad” está mediada por el “grupo interno” de cada sujeto, y percibir como efecto los malentendidos frecuentes en la comunicación. Pueden observar la multiplicidad de intersubjetividades mediatizadas por las transferencias recíprocas de los sujetos. Y aprender que el pronóstico de la psicopatología está en función del deseo de cambio del sujeto y de la agilidad en la puesta en marcha de los instrumentos que ya se han mostrado más eficaces y eficientes en su tratamiento.

La observación de los grupos psicoterapéuticos les permite conocer la relevancia de la conversación y el diálogo grupal, y observar la emergencia del inconsciente individual y del latente grupal. Les permite vivenciar una escucha que está más allá de las palabras y diferenciar “el decir” del “dicho”. Les permite aprender a escuchar y leer los emergentes, los significantes y la construcción de cadenas de significación que serán leídas por el observador en la lectura de emergentes.

Durante los cuatro años de la residencia podrán aprender la función del equipo terapéutico. El rol del observador, en los dos primeros años, que es fundamental, porque permite detectar los emergentes y observar las cadenas de significación y cómo en su articulación se construye el “discurso grupal”. Este conocimiento es de gran importancia para realizar después mejor su función de coordinador, que, al tener menor distancia, en algunos momentos puede perder la necesaria distancia terapéutica. El coordinador facilita y promueve las interacciones y comunicaciones entre los participantes para que puedan surgir los emergentes individuales y del grupo. Y al apoyar las elaboraciones grupales, sostiene el discurso grupal y también los discursos individuales.

Estos dispositivos terapéuticos grupales son de mucho interés para los residentes, pues les permite observar el inicio, el desarrollo y el final de un proceso terapéutico, y cómo se va develando el latente grupal y las formaciones del inconsciente de los sujetos. Insistimos en la importancia de la función del observador porque se centra en la elaboración del “discurso grupal” y para ello ha de aprender a detectar los emergentes grupales que le sirven para establecer las posibles cadenas de significantes y los nuevos procesos de significación (14).

El coordinador y el observador, en un trabajo de equipo, colaboran para realizar la asociación de los emergentes; se trata de buscar el “hilo conductor”, del que se ha de tirar hasta la finalización del grupo. El observador en el encadenamiento de

las cadenas significantes conseguirá que emerja el “discurso grupal” de cada sesión. Y, a su vez, estos discursos irán formando cadenas de significación en las sucesivas sesiones grupales, que en su articulación producirán el discurso de ese grupo concreto. Este discurso producido a lo largo del proceso es un producto singular que se ha ido construyendo a lo largo de su devenir.

Dicho con otras palabras, los residentes aprenderán que el diálogo entre los participantes junto a las intervenciones del equipo generan discursos individuales y grupales que posibilitan el develamiento de la latencia grupal y la emergencia de lo reprimido, no pensado, no dicho o no realizado por el sujeto. Y, asimismo, que los grupos terapéuticos facilitan las articulaciones sucesivas entre mundo interno y externo, y entre el tiempo subjetivo y objetivo. De este modo, los participantes pueden incorporar el pasado al presente y tomar conciencia de la situación, ya que en este trabajo de elaboración grupal e individual adviene el sentido/“sinsentido” de lo que produce sufrimiento al sujeto.

La observación de grupos terapéuticos en los dos primeros años de la residencia y la coordinación en los dos últimos permite conocer la potencia terapéutica de estos dispositivos; es decir, les permite observar su interés para el cambio subjetivo. Pero la observación y coordinación de estos grupos también les permite vivenciar que estos tratamientos psicoterapéuticos facilitan la mejor organización de la asistencia y la respuesta a la demanda de psicoterapia de los pacientes. El mayor uso de estos instrumentos terapéuticos les permite vivenciar que a mayor diversidad de los dispositivos grupales, mejor es la atención a la salud mental de la población. Y, asimismo, les hace constatar que, al abordar mejor las demandas de los pacientes, los resultados mejoran, al disminuir el número de incumplimientos y abandonos en los tratamientos.

En resumen, observar estas prácticas grupales permite a los residentes observar la eficacia y eficiencia de los grupos psicoterapéuticos, familiares y multifamiliares; es decir, les permite reconocer la potencia terapéutica de la psicoterapia grupal. En estos grupos observan la mejoría de la psicopatología y de las problemáticas de los pacientes y, en muchos casos, los cambios subjetivos de los integrantes. Su participación en los grupos psicoterapéuticos les permite conocer su función instituyente, al promover la relevancia de la palabra y la escucha, y la necesaria relación con el otro.

Los grupos psicoterapéuticos cumplen una función instituyente porque promueven vínculos más saludables y terapéuticos que facilitan también el pasaje a un funcionamiento en equipo. Es decir, ayudan a crear las condiciones que posibilitan un ambiente institucional más terapéutico, y a que la institución vaya organizándose alrededor de un trabajo en equipo.

3. LAS METODOLOGÍAS GRUPALES EN LA FORMACIÓN TEÓRICO-TÉCNICA Y EN LA SUPERVISIÓN DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS

El proceso de formación del terapeuta grupal ha de ser un aprendizaje subjetivado, y ello implica un compromiso personal, ya que no es una mera acumulación de conocimientos de los contenidos de un programa. Es una experiencia vivencial que promueve las integraciones progresivas del pensamiento/afecto y acción. Este aprendizaje subjetivado les permitirá articular la teoría y la práctica, que con frecuencia están muy disociadas entre los profesionales. El objetivo que proponemos en nuestros grupos de formación y supervisión de la psicoterapia de grupo es “aprender a pensar”, siguiendo a Pichon-Rivière, ya que es el único camino que posibilita la elaboración de la tarea clínica e institucional.

Proponemos una formación/aprendizaje que incluya los aspectos teórico-técnicos y los afectivos, es decir, los fenómenos transferenciales que se dan en el vínculo entre el terapeuta y el paciente, ya que en los grupos, por la multiplicidad de personajes que entran en escena, la relación transferencial se complejiza mucho. El aprendizaje para esta clínica grupal ha de incluir aquellos conocimientos que habiliten para el ejercicio profesional, pero también requiere tomar conciencia de los afectos que se ponen en juego en el profesional en la relación con sus pacientes.

a) Las metodologías grupales

En estos procesos de formación privilegiamos las metodologías grupales porque posibilitan que los jóvenes profesionales conozcan la condición humana y el sufrimiento psíquico y colectivo. La propuesta es que en estos grupos se realice un aprendizaje vivencial y experiencial que facilite la apertura de pensamiento y una forma diferente de pensar que permita la integración progresiva de los conceptos. Este modelo de aprendizaje permite articular las experiencias prácticas grupales con los conceptos teóricos. Dicho con otras palabras, esta formación/aprendizaje incide en la articulación entre lo intelectual y afectivo, en la disminución de las negaciones y disociaciones, en la detección de las dificultades y contradicciones, para que todo ello revierta en una mejor integración entre pensamiento/afecto y acción.

Las metodologías grupales son excelentes para abordar los aspectos clínicos y los correspondientes al campo transferencial, es decir, las transferencias afectivas del paciente y del profesional que se ponen en juego en el vínculo. Las articulaciones teóricas y afectivas precisan la conexión entre mundo interno y externo, y entre el pasado y el presente del aquí-ahora grupal.

El objetivo es el aprendizaje sobre “las relaciones, interacciones y comunicaciones con los pacientes”, pero también sobre los vínculos que se generan “entre” ellos en el grupo. Y este saber solo puede aprehenderse en la relación “entre” unos

y otros, en experiencias grupales que posibiliten los vínculos y el aprendizaje sobre ellos. Se trata de investigar sobre los “entres”, es decir, sobre lo que se juega “entre” un sujeto y otro, y sobre aquello que se moviliza “entre” el sujeto y el grupo.

Las metodologías grupales posibilitan analizar las resistencias epistemológicas y epistemofílicas. Las epistemológicas se refieren a las dificultades en relación con la teoría, que pueden manifestarse a través de la idealización o desvalorización de los textos (“antes odiaba los textos porque me resultaban incomprensibles”). Y las epistemofílicas, que están en relación con los obstáculos afectivos de cada uno y que se movilizan en función de la enfermedad, el paciente, la familia y la institución.

En el proceso grupal se aprehende acerca de la multiplicidad de vínculos que se van generando entre unos y otros. Son vínculos transferenciales múltiples que corresponden a diferentes niveles: el de la horizontalidad, entre los compañeros; la verticalidad, con el equipo terapéutico; la circularidad, en la vinculación con el grupo; los que se dirigen a lo transgeneracional y social; y, asimismo, aquellas transferencias que se dan en relación a la tarea. Por otro lado, el equipo terapéutico tendrá que analizar también el vínculo intertransferencial, es decir, el que surge “entre” los profesionales del equipo terapéutico, ya que este vínculo, si es problemático, puede influir mucho en la dinámica grupal.

Esta formación/aprendizaje trata de ir, en movimientos sucesivos, desde la práctica grupal a la teoría, y viceversa. Este camino permite establecer una relación dialéctica entre la teoría y la práctica, realizar una praxis que permite acercarse e incorporar el objeto de conocimiento para transformar la realidad. Es una formación que investiga la psicopatología y problemática del paciente, pero también los movimientos transferenciales recíprocos que se ponen en juego en el vínculo transferencial. Es decir, que trabaja sobre los modos de relación, afectos, fantasías, miedos y temores del paciente, pero también los que se ponen en juego en el terapeuta.

En estos grupos de formación/ aprendizaje, los profesionales toman conciencia de la hiperexigencia hacia sí mismos y hacia los otros, y de sus temores más frecuentes: exponer sus sentimientos, ser cuestionados, hacer el ridículo, ser enjuiciados por los otros, ser excluidos, no ser queridos.... Este análisis de las transferencias del profesional es fundamental para que puedan establecer un vínculo más terapéutico con el paciente. En estos grupos se investigan las problemáticas del paciente y sus fantasías y temores en relación a la enfermedad y tratamiento. Y, a su vez, en los profesionales, las interacciones y vínculos con la enfermedad, el paciente, la familia, el equipo y la institución.

Insistimos en que es una formación que no se centra solo en el conocimiento de la enfermedad y que su gran interés es que dirige la mirada al ser persona del paciente y a los modos de relación del profesional. Este aprendizaje proporciona el conocimiento acerca de la psicopatología y la estructuración psíquica del paciente;

pero también la posibilidad de sensibilizarse con el propio inconsciente y el de los otros. Y, a su vez, permite conocer el funcionamiento de la dinámica grupal y cómo esta influye sobre los sujetos. Esta interrelación de saberes facilita el propio cuestionamiento y una mejor discriminación de los otros. En los encuentros y desencuentros sucesivos, los participantes irán logrando una mejor construcción de su identidad personal y profesional; es decir, de su identidad como psicoterapeutas grupales.

Estos grupos de formación, al inicio, promueven los movimientos de identificación para después estimular los de diferenciación y discriminación. Y estos sucesivos movimientos de identificación y desidentificación promueven identidades más flexibles y con menos certezas. Dicho con otras palabras, al ser una formación/aprendizaje que incluye la “otredad”, se facilita el reconocimiento y elaboración de “las diferencias”, que tantas tensiones y dificultades generan en los vínculos y en los grupos. Y este proceso de elaboración de las diferencias es un eje central, pues permite la transformación de las “transferencias de afectos” en “transferencias de trabajo”.

Otro hecho importante es que en estos grupos se da también un “enseñaje”, que es un neologismo resultante de los significantes “enseñanza” y “aprendizaje”, en palabras de Bleger (15). Es un enseñaje porque en la experiencia grupal aprenden los participantes, pero también los coordinadores del grupo. En este intercambio recíproco, el equipo coordinador también aprehende la multiplicidad de relaciones y de transferencias grupales e individuales.

b) Los grupos Balint, los grupos psicoanalíticos operativos, el grupoanálisis y el psicodrama

Las teorías y metodologías grupales psicoanalíticas más recomendadas son los grupos Balint, los grupos psicoanalíticos operativos, el grupoanálisis y el psicodrama. Los grupos Balint (16, 17) surgen a partir de los años 60 del siglo pasado, con el objetivo de analizar la práctica clínica cotidiana de los médicos. En los grupos Balint se realiza básicamente un trabajo individual en grupo, se expone la historia del tratamiento de algún paciente y se analizan las dificultades generadas durante el proceso. Cada médico aporta también los afectos y sentimientos movilizados frente al paciente, la enfermedad y el tratamiento, y posteriormente se debate entre todos los profesionales. El interés de estas experiencias es que permiten analizar la transferencia de pacientes y médicos, lo que produce efectos terapéuticos en los participantes.

La metodología operativa (18) es creada por Pichon-Rivière a mediados del siglo pasado. Es un modelo de trabajo que permite trabajar tanto los factores individuales como los grupales y sociales implicados en el proceso de salud/enfermedad. En este modelo grupal, el eje nuclear es la tarea, que se explicita al inicio de los grupos y es el trabajo sobre los obstáculos teóricos y afectivos que se movilizan a lo largo del proceso grupal. Esta metodología realiza grupos heterogéneos con todos los

profesionales que trabajan en la institución, facilitando los pasajes de “agrupamiento” a “grupo” y después a “equipo multidisciplinar”. La constitución de un “equipo interdisciplinar” supone mayor complejidad.

El aprendizaje de esta metodología durante la formación es de gran interés para la realización de grupos psicoterapéuticos/familiares y multifamiliares en los dispositivos de salud mental. En esta teoría, el “grupo” es el principal agente terapéutico y de cambio para los sujetos. Estos grupos de formación junto a las prácticas grupales permiten aprehender la función del coordinador y observador en los grupos terapéuticos y la modalidad de sus intervenciones e interpretaciones. Es decir, cuándo intervenir sobre lo grupal, lo vincular o lo individual (19, 20).

En la teoría psicoanalítica operativa, uno de los principales conceptos es el de “emergente” (21). La horizontalidad del grupo y la verticalidad del sujeto se manifiesta en los emergentes grupales, vinculares o individuales. Los MIR y PIR en estos grupos aprenden a detectar los emergentes y a conocer la función del equipo terapéutico. Pueden observar que el coordinador se guía por el análisis de las ambigüedades y contradicciones de los participantes para lograr el objetivo de integrar el pensar/sentir y el hacer.

Estas experiencias grupales les permiten observar cómo el coordinador en sus intervenciones promueve los sucesivos movimientos desde la grupalización de contenidos a la singularización de las problemáticas de los participantes, y desde la singularidad a la grupalidad. Decíamos que en sus intervenciones promueve los movimientos sucesivos desde la identificación a la desidentificación y viceversa; lo que reafirma las identidades personales de los sujetos que conforman el grupo; y que el aprendizaje del rol de observador es fundamental, porque es quien construye el “discurso grupal” (22) y lo explicita en su “lectura de emergentes”. En estos grupos observarán que las intervenciones del equipo coordinador apuntan a la elaboración de los temores y fantasías de los profesionales, ya sean frente al enfermo (la sexualidad, la agresividad y el suicidio), la enfermedad (grave, crónica o terminal) o la institución.

Respecto al grupoanálisis (23-25) y al psicodrama (26-29), son dos teorías y metodologías grupales de gran interés, y referencias fundamentales para la formación grupal.

Estas cuatro teorías y metodologías ofrecen un dispositivo de formación grupal, un entramado vincular que posibilita tomar como objeto los diversos vínculos que se producen entre los participantes en los diferentes encuentros, en una interacción constante entre mundo interno y externo. Una trama vincular que se produce durante el proceso, en este “interjuego” entre vínculos internos y externos, y que permite contener los movimientos pulsionales y, asimismo, escenificar y dramatizar la fantasmática de cada uno en el grupo real.

El interés de estas metodologías grupales reside en que permiten la observación de los fenómenos inconscientes. Y algunas posibilitan también la observación del latente grupal, del funcionamiento del grupo, con sus movimientos de cambio y resistencia. Estas teorías más grupalistas permiten percibir aquellos movimientos espaciales y temporales que se producen de la grupalidad a la singularidad y viceversa, y cómo estos son influidos por lo institucional y lo social. Los movimientos sucesivos y recíprocos entre la grupalidad y la singularidad, con la paulatina inclusión de los aspectos subjetivos del profesional, permiten lograr la articulación entre la teoría y la práctica clínica.

Para la mejor comprensión de la subjetividad y grupalidad, se deben tener en cuenta los fenómenos en espejo, resonancia y consonancia, y también los de identificación y compulsión a la repetición. La “compulsión a la repetición” se refiere a cómo el sujeto repite aquello que le hace sufrir, y permite a Freud descubrir el “Más allá del principio del placer”, la pulsión de muerte. Es la repetición de lo displacentero, del “goce” para Lacan, y lo que está en el núcleo del síntoma. Es la expresión de la pulsión de muerte alojada en el interior de los individuos, de gran interés también para nuestro campo grupal, ya que se aloja en el interior de los individuos y grupos, pero también de las instituciones y de lo social.

Las metodologías grupales en la formación y supervisión son imprescindibles porque permiten reflexionar sobre las complejas problemáticas del paciente, las familias, los grupos y las instituciones. Y también posibilitan la subjetivación de los obstáculos teóricos y afectivos en la práctica clínica. Es una reflexión acerca de los diferentes niveles, lo intrapsíquico, lo intersubjetivo, lo grupal y lo familiar-transgeneracional (los “secretos familiares”), sin olvidar la incidencia de lo institucional y social. Estas experiencias grupales permiten, a su vez, vivenciar la constitución, el funcionamiento y el enriquecimiento del grupo, lo que facilitará posteriormente el trabajo en “equipo” en las instituciones.

4. LA SUPERVISIÓN GRUPAL DE LOS RESIDENTES Y EN LA FORMACIÓN CONTINUADA

Las actividades de supervisión han sido muy reconocidas en la formación de los profesionales de los servicios públicos de salud (30), tanto en Europa como en EE. UU. Hace muchos años, Sadock y Kaplan las recomendaban por sus buenos resultados en la práctica clínica. En nuestro país, el Programa Docente de Especialidades recomienda a los residentes participar en “experiencias de grupos verbales” con el objetivo de explorar la dinámica de las relaciones interpersonales.

a) La supervisión grupal de los residentes

Los grupos de supervisión son un instrumento esencial tanto en la formación de los MIR y PIR como en la formación continuada. Estos grupos son necesarios

por la complejidad del trabajo del terapeuta grupal, que supone un contacto diario con la enfermedad, los conflictos, la sexualidad, la agresividad y la muerte, y por ello, estos espacios grupales han de ocupar un lugar relevante.

En estos grupos se analiza al paciente y su relación con la enfermedad y los vínculos recíprocos entre terapeuta-paciente, con el equipo y la institución. El análisis de estos vínculos es fundamental, porque, como constatamos en nuestro trabajo de investigación (31), los afectos que se generan “en” y “entre” el terapeuta y el paciente son muy importantes. Y también los que se producen en relación con la enfermedad, el equipo y la institución.

En ese trabajo concluía que las ansiedades y angustias del médico, derivadas de su práctica clínica, son altas en un 20% y en un 70% moderadas, y que las más importantes se derivaban de la relación con el paciente y de su escasa formación en la relación médico-paciente. Por otro lado, encontré que el funcionamiento en equipo era un factor protector muy importante para disminuir la ansiedad de los médicos, y que si no se daban unas buenas circunstancias en el equipo, la angustia del profesional con los “pacientes difíciles” podía llegar a la inhibición y al bloqueo. Es decir, que si las ansiedades y angustias se incrementaban, podían desarrollarse conductas obsesivas y fóbicas con la evitación del contacto con el paciente.

Un grupo de supervisión es un “espacio de reflexión y análisis sobre los aspectos clínicos e institucionales”, como dice Irazábal (32). Mi experiencia con grupos de supervisión se inició hace varios años con los residentes en Leganés, y con el doctor Melendo. Eran grupos que realizábamos en el marco de los programas de docencia de la zona sur; y en estos últimos años hemos vuelto a retomar la experiencia con muy buenos resultados. En estos grupos, los MIR, PIR y EIR pueden reflexionar sobre el caso clínico (personalidad, demanda, psicopatología, factores desencadenantes, posibles diagnósticos) y acerca de las diversas estrategias e indicaciones terapéuticas. Y, asimismo, se reflexiona acerca de las dificultades en la relación con el paciente, los compañeros y la institución. Estos espacios son imprescindibles, pues posibilitan la investigación sobre la problemática del paciente, pero, a diferencia de la supervisión individual, en estos la profundización es mayor debido a las aportaciones de las diferentes miradas de los profesionales.

Utilizamos la teoría psicoanalítica operativa (33) porque apoya una reflexión orientada desde la práctica hacia la teoría, y viceversa, en una espiral continua de aprendizaje, como señalaran Pichon-Rivière y Bauleo. En la supervisión, el profesional expone cualquier material que le suscite interés, curiosidad o preguntas; que le genere algún malestar, temor o miedo; o que haya generado algún desencuentro o afectos inquietantes, por ejemplo, angustia o depresión. Los residentes también pueden aportar entrevistas de evaluación, pacientes complejos, situaciones o escenas temidas, problemas institucionales o conflictos en la relación con el tutor o compañeros, etc.

El profesional puede exponer el caso y posteriormente, en el momento del debate grupal, además de conversar sobre la clínica, puede expresar los afectos que han surgido en la relación terapéutica, con el equipo y la institución. El interés de estos grupos es que promueven y facilitan el aprendizaje de las diversas tareas clínicas, además de estimular su deseo de ser terapeutas. En ellas aprenden las tareas referentes a la evaluación, el diagnóstico y el planteamiento terapéutico, que estará siempre en relación a la demanda del paciente y a los recursos de la institución y del profesional.

b) La supervisión en la formación continuada

Las experiencias de supervisión en la formación continuada son imprescindibles para abordar la complejidad de la tarea y poder enfrentarse a la psicopatología y el sufrimiento humano. El trabajo grupal, que, como señalábamos, es una visión enriquecida por la interdisciplinariedad de los diferentes profesionales, les permite observar desde diferentes puntos de vista las problemáticas del paciente. Por otro lado, las supervisiones institucionales tienen gran interés porque, al explorar la dinámica del grupo y de la institución, se obtiene un “plus”, que es el aprendizaje en el trabajo de equipo. Estos grupos mejoran el funcionamiento grupal porque facilitan un posicionamiento más activo de sus miembros. Y esta mejor ubicación les posibilita el desarrollo de objetivos y tareas, y una mejor integración de las mismas dentro de la institución.

Los grupos de supervisión en la institución facilitan mucho la creación de ambientes institucionales contenedores y acogedores para las personas que nos consultan y demandan ayuda. Porque estos espacios ayudan a elaborar los temores, resistencias y ansiedades derivadas de cada rol profesional. Y, de este modo, se disminuyen las ansiedades paranoides y se posibilita la elaboración de las pulsiones destructivas que están presentes en todos los grupos, instituciones y colectivos.

La supervisión produce efectos terapéuticos en la institución, tanto en los profesionales como en los pacientes. Y, al posibilitar relaciones, interacciones y vínculos más saludables, se generan las condiciones para la creación de ambientes más terapéuticos en la institución. Dicho con otras palabras, los efectos terapéuticos sobre los participantes producidos por la supervisión generan instituciones más contenedoras y acogedoras para los pacientes. Y, asimismo, estas dinámicas nuevas institucionales animan a los profesionales a tener posiciones más instituyentes dentro de la institución.

En las dos últimas sesiones de los grupos, el encuadre anual de la supervisión da un lugar relevante a la “evaluación”. Al igual que en los grupos de formación, es el momento de la evaluación del proceso por los profesionales. Es una valoración de lo que ha significado la experiencia vivida, tanto respecto a los aspectos clínicos e institucionales como a los subjetivos. En estos últimos años he incluido la evaluación dentro de los factores terapéuticos grupales, ya que me parece que es un elemento importante en la evolución de los grupos terapéuticos, y en los de formación y supervisión.

Los momentos de evaluación ayudan a la elaboración de los duelos que se tienen que realizar, entre ellos, los momentos de separación y finalización del grupo. Un aspecto de gran interés en estos grupos, como hemos señalado, es que permiten realizar la elaboración de los duelos por la omnisciencia, la omnipotencia, los ideales y la exigencia de perfección; unas problemáticas que son frecuentes en los profesionales, sobre todo, en los más jóvenes. En nuestra experiencia hemos observado la necesidad de trabajar estas cuestiones porque entre los profesionales es común la alta exigencia, que puede ser causa de inhibición y parálisis frente a la tarea.

Si en la institución no es posible realizar actividades de supervisión, se deberían potenciar las sesiones clínicas, ya que son espacios que permiten pensar en común el trabajo clínico, y además ayudan a mejorar la dinámica institucional. El intercambio de la clínica de los sujetos, de los grupos y de las familias favorece la interacción, comunicación, cohesión y solidaridad entre los miembros de la institución. Esta puesta en común permite acceder a una mayor integración de los aspectos disociados de los pacientes y las familias, aspecto que con frecuencia no es abordado en nuestras instituciones. Y este objetivo es de mayor interés con los pacientes graves, al tener una estructuración psíquica muy fragmentada y un funcionamiento muy disociado.

La supervisión en la formación continuada es un gran instrumento porque integra al equipo y facilita las diversas tareas de los profesionales, entre ellas, las clínicas. Pero siempre que sean supervisiones con encuadres razonables en el tiempo y coordinados por profesionales formados en teorías y técnicas grupales. Ya que, de este modo, se posibilitarán los cambios que permitan los pasajes sucesivos desde el “agrupamiento” al grupo organizado y después al equipo. En estas transformaciones de la organización grupal se posibilita la emergencia de objetivos, tareas y roles diferenciados, complementarios y no suplementarios, que van variando en función de la tarea. A lo largo del proceso se conformará una “estructura grupal” que será capaz de contener los movimientos pulsionales de los participantes, y los del grupo.

Otro aspecto significativo de la supervisión en la institución es que disminuye los mecanismos defensivos frente a “lo grupal”. Y esto permite aprender sobre el funcionamiento y los mecanismos grupales, lo que, a su vez, tiene como efecto un aprendizaje del trabajo en equipo. Los grupos de supervisión, a su vez, generan las condiciones de posibilidad para la elaboración de un E.C.R.O. (esquema, conceptual, referencial y operativo) común. Y este esquema referencial va a facilitar las percepciones y elaboraciones de las problemáticas de los pacientes y de los conflictos generados entre los participantes.

Insistimos en que el trabajo grupal compartido entre todos los profesionales permite construir un E.C.R.O. común que posibilitará el abordaje de la tarea del equipo e ir reformulándola a lo largo del devenir institucional. Subrayamos también que la supervisión facilita la elaboración de las angustias, tensiones, conflictos y

rivalidades que genera el trabajo en equipo, lo que permite abordar la complejidad de las diversas tareas en los dispositivos de salud mental. La necesidad del trabajo en equipo la hemos constatado y evidenciado como la mejor estrategia frente a la angustia y los afectos que se movilizan frente a la tarea asistencial (34).

Me gustaría denominar a este tipo de supervisión “grupos de reflexión institucional”, porque son espacios privilegiados para reflexionar y aprender sobre el paciente, las transferencias, la clínica grupal, los grupos terapéuticos, la institución y la influencia de la práctica clínica en la salud. Estos grupos, una vez elaboradas las ansiedades paranoides iniciales, facilitan la cohesión, comunicación, pertenencia y pertinencia entre los profesionales; y de este modo consiguen lograr un trabajo en equipo. Las ansiedades y angustias persecutorias serán mayores cuanto menor sea la instrumentación de los terapeutas, y estas irán disminuyendo cuanto mayor sea la pertinencia y pertenencia al grupo.

Este trabajo común permite la reflexión sobre las nuevas necesidades, patologías y demandas de los pacientes, y el mayor conocimiento de los procesos y estrategias de intervención más eficaces y eficientes en los servicios de salud mental. Esta elaboración conjunta del equipo es fundamental en los trastornos mentales graves, pues permite abordar mejor los diversos aspectos de la realidad del paciente; es decir, los aspectos intrapsíquicos e interpersonales, los médicos y de rehabilitación, los jurídicos y administrativos, y aquellos de procedencia social.

En resumen, la formación y supervisión grupal de las tareas clínicas e institucionales ofrece un “plus”, que es el trabajo en equipo. Las metodologías grupales permiten la observación de los diferentes modos de relación y transferencias de los pacientes y de los profesionales; lo que favorece la discriminación y la diferenciación de los participantes. En el equipo, la interrelación de las diferentes miradas permite una mejor percepción de la realidad, de la diversidad de los pacientes, de las enfermedades, de los tratamientos y de las instituciones. Los diferentes encuentros promueven la mayor profundización en las demandas, problemáticas y psicopatologías.

“Lo grupal”, con sus efectos de aprendizaje y terapéuticos, va a facilitar el reconocimiento de la relevancia de las psicoterapias grupales y de su imperiosa necesidad como estrategia terapéutica en los servicios de salud mental.

5. BASES DE LA FORMACIÓN DEL PSICOTERAPEUTA GRUPAL

Como señalábamos anteriormente, hemos realizado grupos de formación y supervisión con los residentes en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés y en el Hospital de Móstoles, dentro del programa de formación de los residentes. Asimismo, hemos formado a los residentes en los centros de salud mental (CSM), observando grupos terapéuticos y enseñándoles la función de observación, ya que,

al no estar regulada la formación en psicoterapia, y menos aún la de psicoterapia grupal, no se les podía ofrecer que fueran coordinadores del grupo terapéutico.

En base al trabajo como psicoterapeutas grupales durante largos años y a este trabajo de formación con los residentes MIR y PIR, podemos decir que la formación del psicoterapeuta grupal es un largo proceso de aprendizaje y de transformación subjetiva que ha de basarse en los siguientes pilares:

- 1.- La *experiencia práctica* en grupos psicoterapéuticos, en los roles de observación y coordinación. Estas prácticas grupales han de ofrecerse a los residentes organizadas en el CSM dentro de su “Programa de Psicoterapia de Grupo”. Los primeros seis meses, o el primer año, como observador; el segundo, como observador-participante; el tercero, como co-terapeuta; y el cuarto, como coordinador del grupo terapéutico.
- 2.- La *formación teóricotécnica* en las diversas orientaciones terapéuticas grupales y en los conceptos imprescindibles para realizar la coordinación en el último año de la residencia. Una formación que ha de ser organizada en el hospital de referencia y siempre utilizando metodologías grupales para realizar este aprendizaje.
- 3.- La *supervisión clínica del material de los grupos terapéuticos*, ya que serían co-terapeutas en el tercer año y coordinadores en el cuarto año de la residencia. Esta supervisión ha de ser realizada preferentemente a nivel grupal, y si no es posible o se prefiere, a nivel individual.
- 4.- Los *grupos de reflexión institucional*, que permiten profundizar en la clínica grupal y en el conocimiento del sujeto, de los grupos, equipos e instituciones. Los supervisores han de estar formados en alguna de las teorías grupales psicoanalíticas, ya sea grupo Balint, grupo operativo, grupoanálisis o psicodrama.
- 5.- Las *sesiones clínicas en el equipo*, con la presentación de materiales de grupos terapéuticos y de los pacientes individuales que participan en el mismo. El intercambio de la clínica grupal e individual dentro de los equipos permite un gran aprendizaje de la clínica. Es un espacio que ha de ser muy cuidado por los profesionales para que sea posible su realización. Los miembros del equipo se animarán a presentar las historias y los tratamientos de sus pacientes, si pueden disminuir las defensas y resistencias a exponer el trabajo en común. Pero es un intercambio imposible de realizar si no hay comunicación debido a las dinámicas patológicas institucionales, por eso urge intervenir y determinar la responsabilidad en las mismas.
- 6.- Las *reuniones de equipo semanales*, con el objetivo de lograr un E.C.R.O. común que posibilite la construcción y elaboración de la tarea institucional en sus diferentes vertientes: asistencial, de docencia y de investigación.

7.- *El análisis personal*, que, aunque lo situamos en último lugar, debería ocupar la primera posición, ya que es la base de la formación. Sugerimos que esta experiencia analítica se realice en psicoterapia de grupo psicoanalítica o en psicoanálisis individual. El proceso analítico personal es imprescindible, porque el cambio psíquico del paciente es una difícil tarea en la que el terapeuta está implicado emocionalmente.

6. LÍNEAS DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA PSICOTERAPEUTAS GRUPALES

Las teorías y técnicas grupales psicoanalíticas (grupo operativo, grupo Balint, grupoanálisis y psicodrama) nos ofrecen los conocimientos y la metodología que sustenta nuestra práctica clínica grupal. En este trabajo se proponen las líneas generales de un Programa de Formación en Psicoterapia de Grupo dirigido a los profesionales y residentes de la red de salud mental (35,36).

Este programa de formación aborda la historia de la disciplina, las diferentes orientaciones teóricas grupales, la formación del terapeuta grupal, la clínica grupal y sus conceptos fundamentales, los factores terapéuticos grupales y la diversidad de encuadres grupales en función de la problemática de los pacientes y de los recursos de la institución. Incluye, además, la función del equipo terapéutico y la investigación de sus diversas intervenciones e interpretaciones (37).

Incluimos los fundamentos de la teoría psicoanalítica y su gran aportación, el concepto de “inconsciente”, una realidad psíquica que influye de manera importante en la vida del sujeto y que no corresponde solo a lo “no consciente”. Sería lo reprimido, pero también lo no pensado y lo no realizado, siguiendo las ideas *freudolacanianas*, un más allá de las representaciones que está en relación con el goce del sujeto. Y, asimismo, se incluirán los casos clínicos freudianos para un mejor conocimiento de las diferentes estructuras clínicas.

En el programa se intentará transmitir que el inconsciente se constituye básicamente con las palabras de los otros y, sobre todo, con las palabras del Otro materno (el sujeto es un ser de palabras). Sabemos que el bebé nace en el lenguaje, con las palabras de sus personajes significativos que le producen efectos en su cuerpo y le marcan. Por eso, las palabras tienen esa capacidad de emocionarnos y hacernos temblar, y en estas expresiones observamos cómo inciden las palabras, afectos y pasiones sobre el cuerpo.

La teoría freudiana muestra que las separaciones y los duelos son acontecimientos fundamentales y muy significativos en la vida de un sujeto, y que, si no son elaborados, son causa de psicopatologías diversas, desde las más leves a las más graves. La teoría psicoanalítica nos ayuda a pensar los diferentes duelos que los sujetos tienen que atravesar a lo largo de la vida y nos da las bases para discriminar los

duelos normales de los “duelos patológicos”, que están en el origen de los trastornos más graves (38).

El programa incluye el estudio de la transferencia en el vínculo entre terapeuta y paciente, ya que los fenómenos transferenciales entre el paciente y el profesional son muy relevantes. El vínculo entre terapeuta y paciente es un vínculo transferencial, porque se dan transferencias “en” y “entre” ambos. Es decir, es un vínculo marcado por las dos subjetividades. Recordamos que la transferencia es un concepto freudiano que se refiere al desplazamiento de afectos del pasado hacia el presente. Unos afectos del sujeto que corresponden al pasado, que fueron dirigidos hacia las personas significativas, padres y hermanos, y que ahora se desplazan en el presente, en el aquí–ahora grupal, hacia el equipo terapéutico y los compañeros.

También incluimos las “transferencias grupales” porque son múltiples y complejas debido a los numerosos objetos transferenciales y problemáticas diversas. Y por ello, el terapeuta ha de aprender cómo hacer con esta multiplicidad. Las transferencias son recíprocas, entre terapeutas y pacientes, entre los pacientes y entre los terapeutas. Los pacientes generan múltiples afectos y sentimientos en el equipo terapéutico, entre ellos, incertidumbre, malestar, estrés, angustia, impotencia, tristeza, agresividad, irritación, ira, cuestionamiento, amor, odio, sobreprotección, etc. Por otro lado, es preciso tener en cuenta que la transferencia del terapeuta también está en relación con su historia personal y la formación profesional.

El programa de formación general en psicoterapia de grupo podría constituirse con los siguientes contenidos:

6.1- *Bloque I (general):*

1. La historia de la psicoterapia de grupo.
2. Las diferentes orientaciones teóricas y técnicas grupales.
3. La formación del psicoterapeuta grupal.
4. La clínica grupal. Los grupos psicoterapéuticos.
5. El proceso grupal (inicio, desarrollo y final). Estructura y dinámica grupal.
6. Los factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo: el encuadre grupal; la interrelación entre el grupo externo/la realidad psíquica grupal/y el grupo interno de cada sujeto; las transferencias grupales; el discurso grupal; las intervenciones e interpretaciones del equipo terapéutico; las intervenciones con efectos terapéuticos de los compañeros y la evaluación grupal.
7. Los conceptos básicos: encuadre grupal, vínculo, los supuestos básicos, la mentalidad y cultura grupal, la matriz grupal, la tarea, los emergentes, el narcisismo y la ilusión grupal, el aparato psíquico grupal, las

funciones del equipo terapéutico (el coordinador y observador), los mecanismos defensivos, etc.

8. La función del “síntoma”, su doble dimensión de significante y goce; y su relación con la estructura individual, grupal y social.
9. La conceptualización de la transferencia en la relación terapeuta-paciente. La entrevista psicológica.
10. Estructuras clínicas y mecanismos defensivos específicos.
11. Las bases psicoanalíticas de la psicoterapia de grupo.
12. Los textos sociales en la teoría psicoanalítica (*Psicología de las masas y análisis del yo, Más allá del principio del placer, El malestar en la cultura, Totem y tabú*).
13. La institución y el trabajo en equipo.

6.2- Bloque II (en función de edad y dispositivos)

1. Grupos terapéuticos en la infancia y adolescencia y mayores de edad.
2. Grupos familiares.
3. Grupos multifamiliares.
4. La psicoterapia de grupo en los diferentes dispositivos: CSM, hospital de día y comunidades terapéuticas, unidad de agudos, unidades de recuperación y rehabilitación.

6.3.- Bloque III: Clínica grupal

Tendría un contenido muy clínico y quedaría constituido por la exposición de los diversos grupos psicoterapéuticos que se realizan en las diferentes psicopatologías y problemáticas del campo de la salud mental.

Se expondrán experiencias con grupos terapéuticos realizados en psicopatologías leves, moderadas y graves; en la niñez, adolescencia y mayores de edad. Y, por otro lado, en los diversos dispositivos de la red de salud mental.

6.4.- Bibliografía

7. CONCLUSIONES

- I.- En los servicios de salud mental, las teorías grupalistas son fundamentales para pensar la organización del equipo, la asistencia, la docencia y la investigación.
- II.- La Clínica Grupal Psicoanalítica es un modelo central para la comprensión de la psicopatología y del tratamiento. El grupo psicoterapéutico

- en salud mental ofrece muy buenos resultados para abordar la demanda, la psicopatología y el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes.
- III.- La psicoterapia de grupo tiene como objeto de conocimiento “el grupo psicoterapéutico”. Lo grupal tiene una gran potencia terapéutica debido a la multiplicidad de sujetos y objetos transferenciales que facilitan y multiplican los procesos de significación y elaboración.
 - IV.- Los grupos psicoterapéuticos han mostrado su eficacia y eficiencia para mejorar el sufrimiento psíquico en todo tipo de dispositivos, edades y psicopatologías (desde las más leves a las moderadas y graves). Por eso, se propone que la psicoterapia de grupo de orientación analítica sea el tratamiento de elección en la clínica psiquiátrica y psicológica de los servicios de salud mental.
 - V.- La psicoterapia de grupo tiene un “plus” fundamental, ya que es la única estrategia de psicoterapia capaz de abordar la masificación de la asistencia en los servicios de salud mental. Reduce los ingresos hospitalarios y duración de los mismos, el consumo de psicofármacos, las consultas a urgencias, atención primaria y salud mental, y disminuye el número de suicidios, de intentos y la mortalidad de los pacientes. Además, mejora la relación terapeuta-paciente, el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y reduce el número de abandonos en los tratamientos. Es el instrumento más eficaz y eficiente para disminuir los costes económicos, sociales, familiares e individuales, que tan altos son en la denominada “enfermedad mental”.
 - VI.- Las instituciones han de estructurar y ofrecer un Programa de Psicoterapia de Grupo para que los futuros psiquiatras y psicólogos tengan una buena formación en grupos terapéuticos, organizado desde los centros de salud mental para las prácticas grupales y desde el hospital de referencia para los seminarios teóricos y técnicos. Las diversas experiencias en grupos terapéuticos durante la residencia les permitirá observar sus buenos resultados en todas las psicopatologías y sufrimientos subjetivos.
 - VII.- En los grupos psicoterapéuticos, los futuros especialistas aprenderán la función del coordinador/observador. El aprendizaje de la observación es fundamental, pues el observador es quien genera el discurso de cada sesión grupal y es la base del rol de coordinador. El rol de la observación del grupo permite descubrir los emergentes individuales y grupales, y cómo estos se enlazan entre sí para facilitar los procesos de significación y elaboración, y la construcción de lo más singular de ese grupo, que es el “discurso grupal”.

- VIII.- Urgimos a las Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología para que afirmen su compromiso con la psicoterapia y para que incluyan nuestros objetivos y propuestas en el Programa de Formación de la Especialidad. Y, asimismo, para que promuevan activamente la organización y el desarrollo de los programas de psicoterapia de grupo en sus dos vertientes: la de formación, con la elaboración de un programa teórico-técnico a impartir en el hospital, y la asistencial, para que los residentes puedan tener diversas experiencias en grupos terapéuticos en el CSM y en el resto de los dispositivos.
- IX.- Instamos a las Comisiones de Psiquiatría, Psicología e Infancia y Adolescencia para que promuevan el proyecto de una nueva denominación de la titulación. Es de gran interés que nuestro título incluya el término psicoterapia, y que se denomine “Especialista en Psiquiatría/Psicología y Psicoterapia”, como se denomina en otros países europeos. Consideramos que esta decisión da mayor valor al título de especialista y además evita los riesgos de una desvalorización del mismo; como puede suceder en la situación actual al haberse aprobado “la psicoterapia” como una nueva disciplina reconocida universitaria. El cambio de nombre de la titulación sería un paso importante para que el tratamiento de psicoterapia ocupara el lugar que le corresponde en los programas de formación de los especialistas en psiquiatría y psicología.
- X.- La formación ha de tener como objetivo formar buenos terapeutas individuales, grupales y familiares. Y, en la medida en que se logre, se podrá hacer realidad el deseo de que nuestras instituciones de salud mental sean más acogedoras y terapéuticas, ya que si los profesionales consiguen ser “buenos terapeutas”, estaremos más cerca de que los pacientes reciban “el mejor trato y tratamiento para su sufrimiento subjetivo”.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gómez Esteban R. La clínica grupal, la clínica de los grupos terapéuticos. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; 22.
- (2) Montserrat A. Perspectivas de la clínica psicoanalítica grupal. En: Bauleo A, Montserrat A, Suárez F. Psicoanálisis operativo, a propósito de la grupalidad. Buenos Aires: Atuel, 2005.
- (3) Gómez Esteban R. Algunos aspectos y conceptos de clínica grupal. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R. La concepción operativa de grupo. Madrid: AEN, 1990.
- (4) Leone ME, Martí SE, de Gregorio ME. El grupo interno. Un modo de concebir el aparato psíquico. Fundamentos en humanidades. 2002; 3(5-6): 85-92.
- (5) Tarí García A. Factores terapéuticos y antiterapéuticos grupales. Una mirada desde la concepción operativa de grupo. Área 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales. 2015;19.
- (6) De Felipe V, Vílchez Trigueros F, Erdocia Remacha A, Vázquez Ramo E. Factores terapéuticos grupales en Psicoterapia Operativa Psicoanalítica. Teoría y práctica grupoanalítica. Investigación y psicoterapia de grupo. 2018; 8 (1): 89-100.
- (7) Gómez Esteban R. Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo. En: Ceverino A (coord). Salud mental y terapia grupal. Madrid: Grupo 5, 2014.
- (8) Mitjavila M. Investigación y aportaciones de Peter Fonagy: una revisión desde el 2002 al 2012. Temas de Psicoanálisis. 2013; (3).
- (9) Burlingame GM, Fuhriman A, Mosier J. The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice 2003; 7(1):3-12.
- (10) Gamó Medina E, Gómez Esteban R. Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN, 1997.
- (11) De Felipe V. Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2012.
- (12) Gómez Esteban R. El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicótica, borderline y enfermedades orgánicas. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; 3.
- (13) Pichon Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.
- (14) Castrillo D. Lacan y la lingüística estructural de Ferdinand de Saussure. En: Chorne M, Dessal G. Jacques Lacan: El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica, 2017.
- (15) Bleger J. Grupos operativos en la enseñanza. En: Temas de Psicología, entrevista y grupos. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
- (16) Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.
- (17) Ingala A. Ponencia marco de las II Jornadas de Relación Médico-Paciente, necesidades de la relación y particularidades de lo psicosomático. Madrid: Ceypp, 1997.
- (18) Gómez Esteban R. Concepción operativa de grupo y psicoterapia grupal psicoanalítica operativa. Homenaje al profesor Armando Bauleo. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2008; 2.

- (19) Caretti J. Un recorrido sobre el concepto lacaniano de interpretación. En: Chorne M, Dessal G. Jacques Lacan: El psicoanálisis y su aporte a la cultura contemporánea. México: Fondo de Cultura Económica, 2017.
- (20) Gómez Esteban R. La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2017; 132:379-399.
- (21) Gómez Esteban R. Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2014;18.
- (22) Gómez Esteban R. El «discurso grupal», factor terapéutico central en la psicoterapia de grupo. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, De la Hoz Martínez A (eds). La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2018.
- (23) Foulkes SH. Psicoterapia grupo-analítica. Métodos y principios. Madrid: Gedisa, 1981.
- (24) Sunyer JM. Psicoterapia de grupo grupo-analítica. La co-construcción de un conductor de grupos. Madrid: Biblioteca Nueva, 2008.
- (25) Ribé Buitron JM. De la emoción a la razón a través del grupoanálisis. Norte de salud mental. 2010; 8(38): 11-25.
- (26) O'Donnell P. Teoría y técnica de la psicoterapia grupal. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
- (27) Gamó E, Álvarez-Estrada E, Torres E, Pascual P. Grupo y psicodrama de orientación analítica, puntualizaciones teóricas e indicación en los Servicios de Salud Mental. En: Gamó Medina E, Gómez Esteban R (coords). Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN, 1997.
- (28) Martí Tusquets JL, Satne L. La formación en psicoterapia de grupo y psicodrama. Barcelona: Argot, 1995.
- (29) Valiente D. Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Madrid: Fundamentos, 1987.
- (30) Vallejo Jiménez F. Grupo, equipo e institución en los contextos actuales sanitarios. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, De la Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2018.
- (31) Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid: Fundamentos, 2000.
- (32) Irazábal Martín E. Supervisión y grupo. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2017; 20.
- (33) Bauleo A. El aprendizaje grupal. En: Ideología, grupo y familia. Buenos Aires: Kargieman, 1975.
- (34) Gómez Esteban R. El equipo en el centro de salud mental, ¿realidad o utopía? Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; 22.
- (35) Gómez Esteban R. La psicoterapia de grupo psicoanalítica en la formación de psiquiatras y psicólogos. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2016; 20.
- (36) Gómez Esteban R. Formación en psicoterapia de grupo psicoanalítica. Siso Saude 2017; 60-61:113-141.
- (37) Cifuentes R, Suárez V. Conversando sobre interpretación. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2015; 19.
- (38) Freud S. Duelo y melancolía. En: Obras Completas, tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.