



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

HEMEROTECA

Clínica Grupal Operativa: ¿Un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones de salud mental?

Operative Group Therapy: An alternative paradigm for the clinical practice with subjects, groups, and mental health institutions?¹

ROSA GÓMEZ ESTEBAN²

Resumen: El paradigma biomédico predominante ha llevado a la crisis de las psicopatologías actuales (al no incluir la subjetividad), a la crisis de las clasificaciones y sistemas diagnósticos (DSM) y a la crisis de los propios servicios de salud mental (SSM). Se propone la Clínica Grupal Operativa (CGO) como alternativa, pues el modelo biomédico sobremedicaliza el sufrimiento

¹ En el objetivo de mostrar la Clínica Grupal Operativa en nuestro país, y las experiencias con grupos psicoterapéuticos en una amplia gama de psicopatologías, citaré varios artículos de los que soy autora. Si se desea tener un mayor conocimiento de la Clínica Grupal, aconsejo la lectura de los artículos que ofrece la Revista *Área 3*, órgano de la Asociación Área 3 (Equipo directivo desde los orígenes formado por Emilio Irazábal, Federico Suárez, Antonio Tarí, con las incorporaciones últimas de Marta López-Escandón y Rosa Gómez Esteban).

² Fundadora de la Sección de Psicoanálisis y de la de Psicoterapia de Grupo de la AEN. Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN desde junio de 2015 hasta octubre de 2019. Exsecretaria general y vicesecretaria de la AEN, 1986-1993. Didacta y supervisora de FEAP. Miembro del Equipo Docente de la Escuela y del Equipo Directivo de la Revista de Área 3. Madrid, España. Correspondencia: rosagomezesteban@gmail.com
Recibido: 06/09/2022; aceptado: 31/10/2022

de la población. La CGO se basa en el paradigma biopsicosocial, incluye la subjetividad e intersubjetividad en la psicopatología, propone una psicopatología vincular y grupal, y plantea estrategias psicoterapéuticas de mayor complejidad (pareja, grupo, familia, y multifamiliar). La CGO, que tiene como núcleo central la teoría psicoanalítica, es un nuevo modelo grupal para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad mental, fundamental, a nuestro entender, en la formación de los profesionales para el buen desarrollo de las tareas de asistencia, docencia e investigación en los SSM.

Palabras clave: clínica grupal operativa, psicopatología grupal, psicoterapias psicoanalíticas de grupo, vínculo terapéutico, grupos terapéuticos familiares y multifamiliares.

Abstract: The predominant biological paradigm has led to a crisis both of psychopathology (in the sense that it does not take into account subjectivity) and of diagnostic systems (DSM). The Operative Group Therapy (OGT) is proposed as an alternative to this biomedical paradigm, since it tends to overmedicate psychic suffering. In contrast, OGT, based on the biopsychosocial paradigm, considers subjectivity in psychopathology and thinks about subjective psychopathology in a more complex way. This model, in our opinion, should be taken into account in the training of mental health professionals for its potential to improve clinical practice.

Key Words: operative group therapy, group psychopathology, group psychoanalytic psychotherapies, therapeutic bond, therapeutic family and multi-family groups.

El ser humano es un sujeto social: “no hay nada que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases”. Este sujeto se constituye a partir de estructuras, tramas vinculares, que trascienden su subjetividad, de las que es portavoz
Pichon-Rivière (1)

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

LAS PRÁCTICAS GRUPALES TERAPÉUTICAS se inician a principios del siglo XX, en el periodo de entreguerras, fundamentalmente realizadas por psicoanalistas. Tienen un importante desarrollo antes de los años 50 debido a las neurosis traumáticas generadas por la Segunda Guerra Mundial. Ante la alta demanda de atención de problemas emocionales, los psiquiatras militares americanos e ingleses idearon métodos grupales para tratar a los soldados afectados.

Estas terapias grupales fueron muy eficaces y esta eficacia posibilitó el posterior desarrollo de estas metodologías.

El auge más significativo se dio en algunos países de Latinoamérica. A mediados de la década de los 50, Pichon-Rivière, fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), crea y desarrolla la teoría de los grupos operativos para el campo psiquiátrico y psicoanalítico. Los grupos terapéuticos se hacen significativos en este país, un emergente es el libro *Psicoterapia del grupo*, de Grinberg, Langer y Rodrigué, compañeros de Pichon-Rivière en la APA; este texto, primer manual en lengua española, fue publicado en 1957 (2). Posteriormente, las prácticas grupales sufrieron un repliegue importante como efecto de las diversas dictaduras que gobernaron en estos países. Algunos profesionales argentinos tuvieron que tomar el camino del exilio, como sucedió con Armando Bauleo, Hernán Kesselman, Pacho O'Donnell y Tato Pavlovsky, entre otros. Estos autores, en su exilio europeo, lograron introducir el psicoanálisis y desarrollar las líneas del grupo operativo y de la teoría psicodramática en algunos países, sobre todo, en España e Italia, pero también en Francia, Suiza y Suecia.

Las psicoterapias psicoanalíticas de grupo tuvieron momentos de desarrollo y retroceso, en función de los momentos sociales e históricos de los territorios donde se implementaron estas prácticas profesionales y también de los intereses de las instituciones psicoanalíticas y de sus profesionales. Conocemos los prejuicios respecto a la psicoterapia de grupo, algunos claramente manifiestos, como la negativa de Melanie Klein a Wilfred Bion cuando este le mostró su interés por las terapias grupales.

Las resistencias del mundo psicoanalítico a lo grupal fueron diversas. Se proponía el tratamiento grupal como una estrategia terapéutica de segundo nivel, como observamos en dos de sus indicaciones: la alta demanda asistencial en lo público y los escasos recursos económicos en lo privado. Por otro lado, los que defendían la nueva técnica con frecuencia reconocían que solo generaba cambios a corto plazo, no a largo plazo, como ocurría con los tratamientos psicoanalíticos individuales. Sin embargo, en los estudios de investigación recientes, comparando las terapias individuales con las grupales, no se ha evidenciado que las psicoterapias individuales generen mayores cambios que las grupales.

Hoy en día, veinte años después del comienzo del siglo XXI, la validez del grupo como instrumento terapéutico tiene mayor reconocimiento, pero es insuficiente, y por su gran validez trabajamos para que las psicoterapias grupales sean relevantes en los SSM. En diferentes países se han organizado asociaciones e instituciones que se dedican a la investigación y al desarrollo de las psicoterapias grupales. En España, al finalizar la dictadura, un punto de inflexión y emergente fue el surgimiento de algunos grupos, como el de Bauleo. Un grupo que se vertebró en torno al estudio del psicoanálisis, de las teorías de grupo y de las prácticas grupales terapéuticas en la institución.

Lo grupal tomó fuerza con los movimientos antipsiquiátricos, en algunos manicomios se desarrollaron grupos comunitarios y terapias grupales. Y a nivel institucional, con la apertura de nuevos centros en la década de los 70, como los dos hospitales de día que se abrieron en

Madrid, el de Ibiza, dirigido por Enrique González Duro, y el de la Cruz Roja, por Esteban Acosta; en ambos se privilegiaron las actividades grupales. Unos años después, la reforma psiquiátrica posibilitará en nuestro país el desarrollo de la red asistencial comunitaria, con centros de salud mental, unidades de psiquiatría en los hospitales generales y otros dispositivos. Es preciso reseñar las experiencias grupales en la Concepción Operativa de Grupo (en adelante, COG), pioneras en algunos barrios de Madrid (Centro de Salud Mental de Getafe, Parla, San Blas, Majadahonda) y en otras instituciones (Centro de Medicina Comunitaria de Madrid, en Servicios Sociales y en el Centro Social de Hortaleza). En aquellos años, tuve la suerte de trabajar en el CSM de Getafe y Parla junto a Juan Carlos Duro, Mariluz Ibáñez, Rosina Vignale y Mariano Hernández. Y en el Centro Social de Hortaleza junto a Susana Amilivia, con la creación de un novedoso “Programa de atención a los procesos del embarazo, parto y maternidad”, donde las actividades grupales eran centrales.

En los años 80, la introducción de estrategias grupales terapéuticas fue esencial para el nuevo modelo de psiquiatría y psicología comunitaria que se planteaba en el documento de la reforma de la asistencia psiquiátrica y de salud mental de nuestro país. El modelo de la COG orientó las prácticas grupales terapéuticas que se implementaron y desarrollaron en algunos centros de salud mental en Madrid, y posteriormente en Andalucía, Zaragoza, y otras comunidades autónomas. Para conocer el recorrido de las prácticas grupales terapéuticas en España es interesante la investigación que realiza Duro Martínez (3) desde los años 70 hasta mediados de los 90. Una historia en la que participaron los socios más veteranos de la Asociación Área 3, Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales, y de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica, dos asociaciones, integradas en FEAP, que trabajan en esta clínica grupal en nuestro país.

“CLÍNICA GRUPAL”: UNA HISTORIA BREVE DEL TÉRMINO

Foucault, en *El nacimiento de la clínica* (4), describió la serie de concepciones de la salud y enfermedad que fueron constituyendo los diversos cuadros nosográficos. Unos procesos que habían sido pensados como expresiones individuales, la manifestación de un sujeto abstracto fuera de los vínculos sociales. Poco a poco, la clínica de la mirada se fue transformando en una clínica de la escucha, se incorporó la subjetividad del paciente y después la del profesional, cuestionando la objetividad de los cuadros clínicos. Progresivamente, los factores sociales e institucionales se fueron teniendo en cuenta.

En los grupos de formación realizados con Bauleo nos relataba su experiencia italiana y afirmaba que los grupos habían posibilitado el cierre de los manicomios, promovido por la Ley 180. Constataba que los grupos eran instrumentos de posibilidad para el cambio, pero que también evidenciaban las resistencias de los pacientes y los profesionales a la desinstitucionalización. Esta afirmación sigue siendo muy actual y nos plantea la necesidad de investigar las resistencias para implementar la clínica grupal en los servicios públicos, más allá de las propias dinámicas de las instituciones.

El término “clínica grupal” nace en Madrid en 1974 como un espacio de reflexión teórico-práctico sobre el campo de la salud y la enfermedad mental. Surge por primera vez como título de un libro de Pavlovsky (5) que recoge diversos trabajos grupales que tienen en común el conflicto psicológico. El proyecto común era delimitar una clínica grupal, fruto de la convergencia de pensamientos analíticos freudianos, de grupo operativo y de psicodrama (6). Este trabajo fue impulsado por un grupo de psicoanalistas latinoamericanos y españoles que trabajaban como psicoterapeutas grupales, entre ellos, Bauleo, Kesselman, Pavlovsky, Caparrós y Ávila. Como es habitual en los grupos y las instituciones, las diferencias no pudieron elaborarse y surgieron dificultades con el proyecto. Posteriormente estos autores siguieron trayectorias muy diversas, cada uno de ellos con interesantes aportaciones a la teoría y a la práctica grupal.

La coincidencia de fechas siempre asombra. En ese mismo año, 1974, empecé a trabajar en el hospital de día de las Clínicas de Ibiza en Madrid. Allí se trabajaba básicamente con grupos terapéuticos y psicodrama, y había actividades grupales con diferentes tareas (sesiones clínicas, grupos diarios comunitarios, psicopintura, relajación, etc.). Posteriormente, en el hospital psiquiátrico de Arévalo, Ávila, inicié varios grupos terapéuticos y otros de apoyo (lectura y psicopintura). Estas prácticas grupales fueron muy significativas y de gran ayuda en mi formación en grupos operativos, que inicié y desarrollé durante varios años con Bauleo desde 1977. Una formación en la teoría y técnica de grupos operativos que creó Pichon-Rivière y que Bauleo desarrolló en su formulación de la COG. En aquellos años también estudiábamos psicoanálisis dos veces a la semana, con Bauleo, Ingala y de Brasi. Bauleo fue psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica Argentina, representante de la línea psicoanalítica kleiniana en los grupos y luego fundador del Grupo Plataforma Internacional, disidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA).

Estos años posteriores al franquismo fueron muy especiales, una época que evidenció muchísimas carencias: en psiquiatría existía una insuficiente asistencia neuropsiquiátrica y la manicomial; se caracterizaba por una ausencia total de una red de atención psiquiátrica y psicológica de carácter público. Era generalizada la falta de formación de la mayoría de los profesionales en psicoterapias, lo que nos llevó en 1980 a iniciar un seminario gratuito sobre psicoanálisis. Y también a organizar grupos de formación privados para transmitir las teorías, técnicas y metodologías grupales en el Centro de Psicoterapia Grupal. Una función docente que continuó en la actualidad en la Asociación Área 3 y en el Programa de Docencia de la Zona Sur de Madrid.

CLÍNICA GRUPAL EN LA SECCIÓN DE PSICOANÁLISIS DE LA AEN

Este texto es una revisión de un trabajo de hace 30 años titulado “Clínica grupal”, un capítulo del libro *La concepción operativa de grupo* (7). En esos años promoví junto a Abatti la refundación de la Sección de Psicoanálisis de la AEN, de la que han sido presidentes Armando Ingala, José Jaime Melendo, Enrique Rivas y Javier Frère. En la primera década de los 90, en la Sección participé en dos publicaciones: *El malestar en la cultura* (8), con Ingala, Frère, Gómez

Valverde y otros, y *La intervención psicoanalítica en la institución pública*, con Ingala, Frère, Mansilla, Melendo y Rivas (9). En aquellos años y posteriores, me encargué de coordinar y editar, con el apoyo de Enrique Rivas, los libros de la Sección de Psicoanálisis de la AEN, en los que siempre incluimos artículos de clínica grupal. Publiqué algunos textos sobre grupos terapéuticos en diversas psicopatologías: neurosis, psicosis (esquizofrenia y melancolía/bipolaridad), patología *borderline* y enfermedades somáticas (10-17).

Otro hito importante para la clínica grupal fue la participación en el Congreso de la AEN en 1997, en Badajoz, con la ponencia “Los grupos terapéuticos en la asistencia pública”, coordinada junto a Emilio Gamo. Se publicó con ese título (18) y participaron Bauleo, Caparrós, Ávila, Levy y Gamo, muchos compañeros de Área 3 y Análisis Freudiano, entre otros. Personalmente colaboré con dos artículos, uno sobre historia de la psicoterapia de grupo y otro sobre los grupos terapéuticos en la esquizofrenia.

Nuestras actividades de investigación sobre clínica grupal durante la década de los 80, desde 1981 hasta 1992, se realizaron en el Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal (CIR), con sede en Milán, y a nivel nacional en el Departamento de Clínica Grupal, que co-coordinaba junto a Susana Amilivia. Nos comprometimos desde el inicio con la COG porque era una clínica que ampliaba la mirada: además de lo intrapsíquico, ponía en valor los factores psicosociales en los procesos del enfermar y de la cura. Nos interesaba por su complejidad: era una clínica subjetiva, grupal, institucional, comunitaria y social. En esos años con Pichon-Rivière, Bleger y Bauleo, aprendimos una idea clave: la enfermedad era emergente de las problemáticas subjetivas, grupales, institucionales, comunitarias y sociales; ámbitos íntimamente relacionados entre sí. Estas investigaciones sobre clínica grupal tuvieron un denominador común, el Esquema Conceptual Referencial Operativo (ECRO), denominación de Pichon-Rivière.

Después del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal, las dos asociaciones más significativas, Área 3 y la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP) han seguido participando y celebrando reuniones y encuentros organizados por la Asamblea Internacional de la Concepción Operativa de Grupo, cuyo III Encuentro se realizó en septiembre de 2022. En estos espacios de encuentro participan instituciones de Europa y Latinoamérica que tienen en común la teoría de grupo operativo creada por Pichon-Rivière, con diferencias en sus esquemas referenciales psicoanalíticos. Personalmente, desde finales de los 70, sigo la orientación freudo-lacanianana, que aprendí con Armando Ingala durante años y, desde mediados de los 90 hasta la fecha, con Dolores Castrillo, Amanda Goya, Vilma Coccoz y Joaquín Caretti, de la Escuela de Orientación Lacanianana de Madrid.

En estos años hemos tratado de desarrollar la Clínica Grupal Operativa (CGO) que nos transmitieran Pichon, Bauleo y Bleger. La hemos impulsado desde la Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN y de Área 3. Nuestro objetivo era impulsar un nuevo modelo para el campo de la salud mental: la CGO, una clínica grupal pensada desde la Concepción Operativa de Grupo (COG). Un término que, como con frecuencia suele ocurrir, descubro al finalizar este trabajo en un artículo de Bauleo (19). En este texto se centra en pensar su contribución

teórica, la denomina etapa conceptual en la COG, después de las etapas metodológica y técnica. Bauleo subraya su principal aportación teórica, la conceptualización de la situación grupal: una triangulación entre *coordinación-grupo-tarea*.

CLÍNICA GRUPAL EN LA SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO DE LA AEN

En el desarrollo de la clínica grupal, otro acontecimiento significativo que marca un punto de inflexión es la fundación de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental (AEN-PSM). Se inició como grupo de trabajo a principios de 2012, por iniciativa personal, con el trabajo conjunto con Emilio Gamo y el apoyo de Pepe Leal. La Sección se aprobó en una Asamblea de la AEN en junio de 2015. Durante 4 años tuve la función de presidenta, en estos años se han organizado varios encuentros y jornadas, y en el momento actual la Sección de psicoterapia de grupo cuenta con más de 200 socios. Desde la Sección, en nuestros intercambios, debates y textos hemos trabajado para que las estrategias psicoterapéuticas de grupo, pareja y familia tengan más relevancia en los SSM. Algunos de mis artículos en la revista de la AEN se han referido a la formación en psicoterapia y a la necesidad de introducir cambios en los programas de formación, asistenciales y de investigación; sobre todo, en lo que se refiere a la inclusión de la clínica grupal. La propuesta era que las Comisiones Nacionales de la Especialidad reconocieran en sus programas un área de psicoterapia que permitiera acreditar en psicoterapia a los futuros psiquiatras y psicólogos de nuestro país. Es decir, en nuestros textos hemos tratado de reivindicar un área de psicoterapias en los programas de formación y asistenciales con el objetivo de formar y tener psicoterapeutas públicos acreditados en los SSM de nuestro país. Solo el cumplimiento de estos objetivos posibilitará realizar las terapias grupales que actualmente se ofrecen en la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud.

Aunque teníamos el deseo de intercambiar y debatir las experiencias en clínica grupal desde las diferentes orientaciones, la realidad es que se han intercambiado las prácticas grupales psicoanalíticas. Desde su fundación hasta el momento actual, la Sección de Grupos ha publicado dos libros: *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental* (20) y *La clínica grupal en los servicios de salud mental* (21), coeditados por la presidenta y secretaria actual, Ángela de la Hoz y María Castro, y yo misma. Está en prensa el tercer libro titulado *Lo grupal en tiempos de pandemia* (22), coeditado también por el mismo equipo. Otro punto de inflexión para la clínica grupal en nuestro país será la ponencia que la Sección de Grupos presentará en el próximo Congreso de la AEN en 2025.

Con el deseo de que la psicoterapia de grupo tenga un lugar relevante en los SSM hemos publicado sobre temáticas referentes a las psicoterapias, la formación y la implementación de las psicoterapias de grupo en las diversas psicopatologías que se atienden en los SSM, en la revista *Área 3* y en la *Revista de la AEN* (23). Deseamos transmitir este modelo de clínica grupal porque hemos constatado que la Clínica Grupal Operativa es un gran instrumento para abordar la complejidad y diversidad de las diversas psicopatologías. En el cumplimiento de este objetivo, junto a Lola Lorenzo, presentamos recientemente un *webinar* de la Sección de

Psicoterapia de Grupo en junio de 2022, dirigido a todos los socios de la AEN, con dos ponencias acerca de nuestra clínica grupal (24). Y también, con la idea de conocer e intercambiar la clínica grupal que realizamos en los servicios públicos, he impulsado en Área 3 un “Grupo de trabajo sobre clínica grupal”, que coordino junto a José Camilo Vázquez.

Reconocemos el trabajo de diversas asociaciones en el ámbito privado: la Asociación Grupal Área 3, sobre todo, el esfuerzo realizado por el equipo directivo de la Escuela (Violeta Suárez, Federico Suárez, Victoria de Felipe y Antonio Tarí) para la transmisión de nuestro ECRO; la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica; la Asociación Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA); la Asociación de Grupoanálisis; las de Psicodrama; y la Sección de grupos de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP), entre otras.

La Clínica Grupal Operativa (CGO) tiene en el psicoanálisis una de sus bases principales epistemológicas, dando gran consistencia a nuestra teoría y práctica. Agradecemos a Freud y al psicoanálisis el descubrimiento del inconsciente, que nos ofrece las herramientas para el análisis del sujeto, sus síntomas y el “conflicto”, núcleo del malestar subjetivo. En la COG, la teoría psicoanalítica aporta importantes instrumentos para el análisis de los vínculos intersubjetivos y grupales, entre ellos, la relevancia de los mecanismos de identificación propuestos en la psicología social freudiana.

Pichon-Rivière, en su creación de la teoría y técnica de los grupos operativos, realizará un pasaje del psicoanálisis a la psicología social. Aportará numerosos conceptos: “el vínculo” (diferenciado de la relación de objeto), “el grupo interno”, “el emergente” y “la multiplicidad transferencial”, entre otros. En Europa, Bauleo, basándose en la clínica pichoniana, seguirá trabajando sobre “lo grupal” y “la grupalidad”, y a sus conceptualizaciones y desarrollos, como señalamos, los denominará “Concepción Operativa de Grupo”.

En el momento actual, las prácticas grupales terapéuticas están logrando un mayor desarrollo en nuestro país, superando el estancamiento de los últimos años. Los grupalistas seguimos creando espacios nacionales e internacionales con el objetivo de intercambiar nuestras clínicas grupales e institucionales. Como trabajaremos en el texto, el interés de la CGO es posibilitar una mirada más amplia de los procesos del enfermar y terapéuticos, y una mayor diversificación de los espacios grupales terapéuticos. Además de ser un instrumento para la organización institucional, posibilita la creación de nuevos espacios, como los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, que facilitan el análisis de la demanda del paciente y, por tanto, la posibilidad de indicaciones más pertinentes en los tratamientos.

LOS PARADIGMAS Y LA CRISIS

Los paradigmas son modelos que orientan la investigación y la búsqueda de conocimiento. Se constituyen por teorías, técnicas, discursos, metodologías y procedimientos que son compartidos por una comunidad científica en una época determinada. El paradigma es un

modelo coherente que permite comprender e interpretar la realidad, proporciona una visión global del campo de trabajo, al mismo tiempo que organiza y define la práctica profesional de sus miembros. En el campo de la salud y enfermedad mental, actualmente existen varios paradigmas, entre ellos: el paradigma biomédico, el cognitivo-conductual, el de las neurociencias, el humanista y el psicoanalítico. Estos paradigmas intentan explicar los pensamientos, sentimientos, actos, síntomas y la psicopatología del ser humano.

En este texto utilizo el término paradigma como un nuevo modelo para pensar, implementar y transformar el campo de la salud/enfermedad en los SSM. ¿Y por qué es preciso pensar en nuevos modelos para el campo de la salud mental? Porque el paradigma actual está en crisis, al basarse en el paradigma biomédico individual imperante que medicaliza el sufrimiento del sujeto. Este paradigma desencadena una multiplicidad de efectos y consecuencias, diversas negaciones que muestran la crisis: en relación al conocimiento subjetivo, la psicopatología, los sistemas diagnósticos, los tratamientos, la formación, la investigación y la institución:

1. La crisis del sujeto (si los profesionales no investigan la función del síntoma).
2. La crisis de la psicopatología (si no se tiene en cuenta la red vincular subjetiva).
3. La crisis de los sistemas diagnósticos (al ser listados de síntomas que fragmentan el sujeto y el enfermar).
4. La crisis de los tratamientos (predominio de los farmacológicos y psicoterapias, individuales con encuadres ineficaces).
5. La crisis en la formación (sin la relevancia de la psicoterapia, sin metodologías grupales y sin un sistema docente que acredite a los especialistas como psicoterapeutas).
6. La crisis de los programas de investigación en SM (no se realizan investigaciones de las psicoterapias, solo se investigan los tratamientos psicofarmacológicos).
7. La crisis institucional (carencias de equipos e instituciones psicoterapéuticas).
8. La crisis de los SSM (colapso asistencial por la altísima demanda y escasez de recursos; España con los índices de profesionales más bajos de Europa).

La crisis en el campo de la salud mental se ha agravado con la pandemia del coronavirus; es por todos conocido el incremento en los índices de padecimiento subjetivo, sobre todo, en ansiedad y depresión. Las urgencias de los adolescentes se han duplicado, los intentos de suicidio en esta franja de edad se han multiplicado por cuatro y los actos suicidas se han incrementado. Asimismo, se ha incrementado la psicopatología en las personas mayores y han empeorado los trastornos más graves.

LA CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA: ¿UN PARADIGMA ALTERNATIVO PARA LA CLÍNICA DE LOS SUJETOS, DE LOS GRUPOS E INSTITUCIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL?

Es una cuestión ética tratar de mejorar la salud mental de la población, por lo que es preciso investigar e implementar modelos que permitan abordar con eficacia la complejidad de las problemáticas de salud mental. Esta exigencia es urgente por la situación actual: falta de recursos; alta demanda; sobrecarga de los profesionales; en ocasiones, malas condiciones

laborales; y diversas insuficiencias institucionales. Estas variables y circunstancias nos exigen mayor creatividad en la puesta en marcha de estrategias organizacionales y psicoterapéuticas eficaces.

Sabemos que los valores y relaciones sociales dominantes generan precariedad y fragilización en los vínculos sociales y grupales, y, por tanto, en los vínculos familiares y laborales; unas circunstancias que incrementan cada vez más la vulnerabilidad del sujeto. Para develar estas variables es imprescindible implementar modelos y dispositivos terapéuticos que muestren y evidencien a profesionales y pacientes la gran influencia de los factores sociales y psicológicos en las crisis psicopatológicas (pobreza, paro, emigración, género, marginación, soledad, aislamiento, conflictos interpersonales, laborales...).

El propio término “enfermedad mental”, que da nombre a estas patologías, un término vigente en el paradigma biomédico, emergente y significativo central de la denegación de los factores psicosociales implícitos en los procesos del enfermar y la cura, es un término que muestra la ideología predominante en el campo de la salud mental, un nombre que condensa los prejuicios sociales, que son transmitidos a las instituciones sanitarias, pacientes, profesionales y a la población en su conjunto.

Nos preguntamos: ¿qué acciones y procesos son necesarios para lograr la transformación de este término que oculta las causas psicosociales del enfermar? Es un largo camino que precisa cambios en las políticas sanitarias y mucho esfuerzo en trabajos de promoción y prevención de la salud a nivel sanitario y comunitario. Unos proyectos necesarios para lograr modificar las creencias de instituciones, profesionales, pacientes y ciudadanos sobre estos procesos. Reiteramos que se necesitan cambios en las políticas sanitarias, en la formación de los profesionales y en las políticas comunitarias para que se posibiliten prácticas clínicas en las instituciones ligadas a la vida cotidiana de los sujetos padecientes.

El interés de nuestra clínica grupal es que pone en evidencia los efectos de la sociedad actual, capitalista, consumista y utilitarista, que en su negación y denegación de los factores psicosociales impide abordar los procesos psicopatológicos de los ciudadanos agravando su evolución. También el cuestionamiento que realiza del funcionamiento de las instituciones de salud mental, al ocultar la progresiva medicalización actual de los problemas de la vida cotidiana de los sujetos. Y, asimismo, porque, al investigar las variables biopsicosociales implícitas en el enfermar, logra que los sujetos padecientes las incorporen e integren.

La CGO, basada en los fundamentos de la teoría pichoniana y de la COG (25), es un modelo, como señalamos, que se impulsó e implantó en España durante los años 80/90 en algunos CSM de Madrid por Armando Bauleo. En estos centros de salud mental, lo grupal orientaba las diversas tareas institucionales y todas las actividades terapéuticas. Desde aquellos años hasta la fecha, el modelo se ha introducido parcialmente en algunos SSM, no sin obstáculos y dificultades. Lo interesante ha sido que las estrategias terapéuticas grupales han seguido desarrollándose, proponiendo nuevos análisis de los procesos del enfermar y terapéuticos.

En estos años, en diferentes dispositivos de salud mental, hemos constatado que la CGO, modelo grupal psicoanalítico, permite realizar otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones. Su objetivo es ampliar la mirada del paradigma psicoanalítico, lograr complejizar las causas e interpretaciones del proceso del enfermar y de las intervenciones terapéuticas. La implementación de diversos espacios grupales e institucionales, y sus intervenciones en las diversas áreas de la salud mental, hace que pueda ser un modelo muy eficaz y eficiente para afrontar las carencias institucionales. El interés del dispositivo grupal operativo para afrontar el colapso actual de los SSM nos lleva a proponer este posible paradigma como un nuevo modelo alternativo para transformar la clínica en las instituciones y, por tanto, para potenciar la clínica de los grupos y de los sujetos.

En el campo terapéutico, las psicoterapias de grupo, pareja, familia e interfamiliares han evidenciado muy buenos resultados en el tratamiento de las psicopatologías. Es un modelo que también influye en que los SSM realicen mayor número de altas y consigan más independencia de los pacientes respecto a los SSM. El dispositivo grupal operativo ha mostrado su eficacia para facilitar los cambios tanto en la clínica como en los procesos de formación. Ha demostrado su potencia terapéutica y de aprendizaje, porque facilita y promueve la elaboración de las resistencias al cambio en los profesionales y pacientes.

En la investigación de los grupos terapéuticos observamos la progresiva disolución de las defensas y resistencias iniciales, lo que facilita el pensamiento en común, el pensamiento convergente, el deseo de saber entre todos, lo que, a su vez, facilita la emergencia del relato de los síntomas y el despliegue de las escenas familiares y grupales de cada uno. Es una clínica grupal que se ha mostrado muy eficaz para aminorar los mecanismos defensivos, investigar los modos de relación y vinculación del sujeto, lograr el alivio sintomático y producir cambios subjetivos.

Sabemos que los paradigmas actualmente imperantes son reduccionistas, y por ello insistimos en la relevancia del modelo operativo para que se produzca un trato y tratamiento diferente de las problemáticas y patologías de la salud mental. Por eso, se propone a la CGO como paradigma de ruptura, al ser un modelo que incorpora las variables psicosociales y al contraponerse a aquellos paradigmas y modelos que excluyen la subjetividad de la persona padeciente, cuando niegan los conflictos y acontecimientos angustiosos que surgen en la vida cotidiana de los sujetos y los hace enfermar.

En resumen, ¿por qué la CGO? Porque se precisan modelos con nuevas teorizaciones acerca de los procesos de salud y enfermedad mental, modelos e instrumentos que permitan avanzar en los procesos de transformación y cambio en la atención a las problemáticas de salud mental. Se propone porque es una nueva conceptualización del síntoma y de la psicopatología (pensados desde lo vincular, lo grupal, lo comunitario y lo social) y porque realiza estrategias psicoterapéuticas basadas en procesos grupales diversificados. Tenemos la seguridad de que una mayor implementación de la CGO en los SSM facilitaría los necesarios procesos de transformación y cambio, porque su teoría, técnica, práctica y metodología permitirían

mejorar los instrumentos para las evaluaciones diagnósticas, la clínica y la rehabilitación, lo que redundaría en una mejora de la evolución y pronóstico de los pacientes.

EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El modelo de CGO, señalábamos, dota de instrumentos a las instituciones, a los profesionales y a los pacientes, al promover y facilitar la elaboración de las ansiedades y resistencias que emergen en todos los procesos de cambio. Este punto es muy importante para que los responsables institucionales posibiliten la introducción de nuevas estrategias institucionales, por ejemplo, la implementación de los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, al ser un espacio grupal de gran interés. Son dispositivos voluntarios para los pacientes que permiten realizar una pronta atención de las crisis subjetivas, afrontar la alta demanda y el colapso asistencial existente en muchos SSM.

Y, por otro lado, su interés específico es que estos espacios grupales permiten analizar la demanda del paciente, esencial para trabajar en el campo de la salud mental y para el mejor funcionamiento institucional. Además, estos grupos permiten: observar la psicopatología centrada en los vínculos, la comprensión del síntoma en relación a la pareja, familia y grupos de pertenencia, y la estructuración psíquica del sujeto. Es decir, hacen posible la observación de la función del síntoma para el sujeto, que sabemos está siempre vinculado a las “grupalidades” que han formado y forman parte de su historia.

El objetivo de la CGO es realizar un “diagnóstico situacional”, un diagnóstico en relación a la vida cotidiana del sujeto, es decir, un diagnóstico en base a sus circunstancias vitales, sabiendo que el diagnóstico es un acto de gran complejidad por el objeto de trabajo y precisa tener en cuenta la interdependencia de múltiples factores biopsicosociales, las diversas variables implícitas en el proceso del enfermar del sujeto.

Por otro lado, también sabemos que el diagnóstico tiene una función para el profesional, una función de defensa frente a lo desconocido de la enfermedad y del paciente, una defensa ante la angustia que se genera en el clínico por el desconocimiento. Los más jóvenes han de conocer los efectos patógenos que se pueden producir cuando se hacen diagnósticos graves abruptamente. Para ello, son precisos el debate y la reflexión conjunta de los casos clínicos entre tutores, supervisores y los profesionales.

La elaboración del diagnóstico psicopatológico es un aspecto muy importante del quehacer clínico, más aún en la situación actual por la plétora de diagnósticos psiquiátricos que velan el sufrimiento del sujeto. El diagnóstico situacional lo propuso Bleger (26). En nuestra clínica grupal este diagnóstico ha de realizarse en función de la investigación de los enunciados, actos y acontecimientos vividos por el sujeto. Es decir, el diagnóstico ha de pensarse como un camino y no un fin, como se propone en el momento actual, y para este cambio hemos de trabajar en nuestras instituciones.

La construcción de una estructura clínica es una labor compleja y minuciosa. “La psicopatología, la psicología patológica, ha de partir de la observación y análisis de las manifestaciones clínicas, para después deducir el funcionamiento psíquico”, de acuerdo con Álvarez (27). La psicopatología psicoanalítica, a diferencia de la descriptiva, permite incluir las relaciones concretas que el sujeto tiene con el Otro/los otros, la modalidad de transferencia y, por tanto, las relaciones con el deseo, la demanda, el objeto, el fantasma, el amor y el goce, de acuerdo con el autor.

En los casos de difícil diagnóstico diferencial, la psicopatología psicoanalítica es de gran ayuda; en la clínica sabemos de la dificultad en diferenciar algunos casos de neurosis obsesiva y melancolía, una diferenciación que es muy relevante para el tratamiento. Ambas psicopatologías tienen síntomas comunes, pero la primera es una neurosis y la segunda una psicosis, lo que requiere abordajes psicoterapéuticos y psicofarmacológicos muy diferentes.

Para realizar un diagnóstico es preciso observar el discurso del paciente, su pensamiento, afecto y acción, porque ahí se muestra lo que el sujeto piensa, dice, siente y hace. En su discurso muestra su verdad, su indiscriminación/discriminación, su disociación/integración, su incoherencia/coherencia, y su sinsentido/sentido. La clínica psicoanalítica es de gran ayuda para pensar el diagnóstico y los grandes cuadros psicopatológicos en función de los mecanismos defensivos del sujeto: la represión, denegación o forclusión. Nos permiten diferenciar las neurosis y las psicosis: la represión en las neurosis, la forclusión en las psicosis, con la denegación en los amplios cuadros intermedios.

En síntesis, en la CGO que realizo, dos tesis son centrales:

- Las problemáticas en salud mental, los síntomas, la psicopatología, el diagnóstico y todo aquello que emerge como locura o sinsentido están causados por las dificultades del sujeto en sus vínculos con los otros.
- Los síntomas son emergentes vinculares y muestran la dificultad del sujeto para elaborar los duelos, separaciones y pérdidas, debido a la ambivalencia frente al objeto perdido y a las carencias en relación al deseo (28).

LOS GRUPOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INDICACIÓN TERAPÉUTICA

Nuestra primera tarea como profesionales es escuchar y diferenciar la demanda del paciente y no responder a las exigencias de la demanda social, institucional o familiar, ni a la demanda del propio profesional para disminuir su angustia. Una pregunta es central: ¿cuál ha de ser la posición del profesional con los pacientes, familiares y en la institución? Con Bauleo e Ingala aprendimos la importancia de la escucha analítica para efectuar un buen análisis de su demanda en la evaluación inicial del paciente.

Las evaluaciones diagnósticas permiten conocer las sobredeterminaciones en la causación de estos procesos, y tomar las decisiones más pertinentes para la intervención terapéutica; por

supuesto, también en función de los recursos institucionales. Las mejores evaluaciones diagnósticas permitirán afinar la derivación a las estrategias terapéuticas pertinentes y, por otro lado, pensar mejor los pasajes de las psicoterapias individuales a las de pareja, grupo terapéutico o grupo familiar.

El interés de las tareas de evaluación en grupo es su posibilidad de detectar en el aquí-ahora otras variables que no pueden observarse en las evaluaciones individuales; por ejemplo, observar los modos de vinculación del paciente con los otros. Investigar los vínculos intersubjetivos es uno de los principales objetivos de los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica. Estos espacios son de gran interés para los SSM por los motivos señalados, de los que reiteramos tres: la altísima demanda de la población que colapsa los CSM, la escasez de recursos profesionales y la gran complejidad de las problemáticas de salud mental.

Los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, los grupos de reflexión institucional (que he desarrollado en otros trabajos) y los grupos terapéuticos en su modalidad de “corredor terapéutico” son propuestas muy innovadoras que podrían transformar el funcionamiento de los SSM (29,30).

Como hemos señalado, el objetivo de los grupos de evaluación diagnóstica es conocer la demanda del paciente y, en función de esta demanda, proponer la intervención terapéutica. Este análisis resuelve una paradoja frecuente: la indicación de tratamiento cuando el paciente no ha demandado tratarse. Es preciso saber que aunque el paciente haya pedido una cita al profesional, en lo latente puede querer “ser un enfermo”. Las identificaciones con la enfermedad son muy frecuentes en algunas psicopatologías y problemáticas. Y se deben a numerosas motivaciones, conscientes o inconscientes: tener una identidad, obtener afecto, medicación, una baja laboral, hospitalización, pensión de invalidez o no asunción de responsabilidades...

Hemos de ser conscientes de que solo se puede ayudar al paciente si este lo pide. Sabemos que lo que “cura” no es el deseo del profesional de curar, sino el deseo del paciente de curarse (31). De ahí que el análisis de la demanda resulte imprescindible para conocer las resistencias a ser tratado y, de ese modo, no plantear estrategias psicoterapéuticas que lleven a resultados infructuosos. Los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica permiten conocer también la existencia de problemas económicos o laborales, que pueden incrementar las resistencias al cambio. En estos casos, la herramienta grupal puede ser de mayor utilidad que las entrevistas individuales debido a que los relatos se realizan ante los terapeutas y los compañeros, y porque se tiene muy presente la vida cotidiana y los grupos de pertenencia del sujeto.

Sabemos que la demanda del paciente tiene diversas determinaciones, además de la intrapsíquica, y que está muy influida por la oferta social. Un ejemplo lo observamos en la demanda habitual de medicación por parte de los pacientes; con frecuencia idealizan al fármaco o tienen la creencia de que sin fármacos o sin cambios de medicación no se puede

dar la mejoría. Estas creencias están determinadas por las representaciones sociales dominantes acerca de la enfermedad y del tratamiento, y también por la insistente oferta de medicación que se realiza desde los servicios sanitarios. Con Franco Basaglia, Armando Bauleo y Marta de Brasi aprendimos la estrecha relación entre la demanda de los pacientes y la oferta institucional. La sociedad prima la lógica de la oferta y la demanda, por ello, los pacientes piden medicación, al haber sido siempre la oferta principal con base en la concepción individualista y biomédica actual.

Es preciso tomar muy en serio la transformación de las estrategias de evaluación y terapéuticas en los SSM, porque sabemos que las tareas de evaluación actuales alargan excesivamente las listas de espera en los SSM, desde uno a seis meses, lo que dificulta la discriminación de la demanda, la atención a las crisis subjetivas, la derivación a tratamientos y los seguimientos de medicación en Atención Primaria, con el apoyo del equipo de Salud Mental.

Si nuestra posición es de escucha analítica, conoceremos el malestar, la angustia o la depresión, síntomas que pueden ser muy dolorosos. Y también reconocer que, con frecuencia, los pacientes no saben lo que les pasa, y que si recurren al profesional es porque suponen que conoce las causas de su malestar. También sabemos, siguiendo a Lacan, que en la angustia está la verdad del sujeto, que es el afecto que no engaña, y que, en algunos casos, los síntomas de angustia pueden ser tan insoportables que pueden quebrar al sujeto o agravar mucho los cuadros diagnósticos. Las experiencias y vivencias de los pacientes pueden ser tan dolorosas que deberían obligar a las instituciones y a los profesionales a un compromiso ético en la celeridad de los procesos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica. La puesta en marcha de estos espacios es más urgente en las crisis subjetivas y en las patologías moderadas y graves, ya que el retraso en la atención puede empeorar la evolución de los síntomas e incrementar la gravedad de los procesos, como hemos observado en las patologías psicóticas.

En estas entrevistas iniciales, el paciente, al escucharse, y ser escuchado por el terapeuta y compañeros, podrá descubrir una crisis en la relación de pareja, un problema con un hijo, el conflicto con un jefe o compañero del trabajo, etc. Sabemos que las crisis, aunque sean dolorosas y momentos difíciles de la existencia, suelen también posibilitar una apertura del sujeto, una mayor receptividad. Una nueva posición que le puede permitir también plantearse ciertos interrogantes vitales, y la puesta en palabras de ese sufrimiento psíquico/corporal o de ambos.

El objetivo de la evaluación diagnóstica es indicar tratamientos psicoterapéuticos pertinentes para que el sujeto pueda poner palabras a lo que no pudo en su momento y que le resultó traumático. En nuestra clínica transferencial, si el padecimiento subjetivo es puesto en palabras, en discurso, y en relación con los otros, se posibilitará la transformación de estos vínculos sufrientes en otros más saludables.

Insistimos en el interés de los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica en las primeras citaciones de los SSM para lograr una mejor organización asistencial, aligerar la lista

de espera, reducir la carga asistencial, optimizar los recursos disponibles y mejorar las condiciones laborales de los profesionales, unas circunstancias fundamentales en la prevención del síndrome de *burnout*, que va en aumento.

Este sistema de evaluación en pequeños grupos, en general, se podría realizar en tres entrevistas grupales, un número a precisar en función de las necesidades del paciente y de los recursos existentes. En estas entrevistas grupales se explorará la función de los síntomas, se conocerán las circunstancias vitales de cada paciente y los modos de vinculación. El objetivo es realizar un diagnóstico situacional inicial que funcione como una primera hipótesis de trabajo, que, a su vez, posibilite una mejor indicación de la estrategia terapéutica.

Al finalizar estas entrevistas grupales los pacientes recibirán un informe de evaluación y diagnóstico con tres posibles indicaciones: el alta de los SSM; el tratamiento en Salud Mental, en la estrategia psicoterapéutica pertinente; o el tratamiento psicofarmacológico con seguimiento en Atención Primaria, si no se desea psicoterapia, y con revisiones anuales o bianuales en Salud Mental, dependiendo de la patología.

Subrayamos que el interés de estos grupos es que permiten elegir las estrategias diagnósticas y terapéuticas más eficaces en función de los recursos disponibles. La implementación de estos espacios grupales, con la formación previa de los profesionales, es necesaria porque sabemos que el pronóstico está en relación con las características del paciente y de la enfermedad, y también con una variable fundamental: la oferta de tratamientos en la institución.

Aunque no he podido llevar adelante estos grupos en el CSM, por la negativa de los jefes de servicio, sí he participado y contribuido a la implementación de ciertas variantes en el CSM de Getafe y Parla. La organización institucional se basaba en un trabajo en equipo de todos los profesionales, organizados, a su vez, en “miniequipos” que atendían a una parte del territorio y que estaban formados por un psiquiatra, un psicólogo, un residente, un asistente social y un administrativo. En un caso, la tarea del miniequipo era la evaluación grupal de las evaluaciones individuales realizadas, con una propuesta grupal de indicación o no de tratamiento. En el otro caso, se debatían en grupo los casos, las demandas, la urgencia o preferencia de la cita y las derivaciones al profesional para su evaluación y tratamiento, en función de la problemática planteada.

En resumen, los procesos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica han de ser objetivos prioritarios en los SSM. Sabemos que el pronóstico del paciente depende de la interrelación de cuatro elementos: el paciente (la demanda), la enfermedad (el diagnóstico), el terapeuta (la intervención) y la institución (tiempo de demora y estrategias psicoterapéuticas). Dicho, en otros términos, el pronóstico depende de una estructura triangular: el paciente, la enfermedad y el terapeuta; enmarcados a su vez por un cuarto elemento que es la institución, un elemento que es esencial en función de la gestión que realice de las evaluaciones diagnósticas y de los tratamientos. Terminamos este apartado señalando que, si insistimos en los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica,

es porque pueden ser instrumentos fundamentales para lograr cambios en la atención y pronóstico de los pacientes, en la organización institucional y en la transformación de las instituciones.

LA CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA ES UNA CLÍNICA TRANSFERENCIAL: LA CONTRATRANSFERENCIA DEL TERAPEUTA Y LA CONTRATRANSFERENCIA INSTITUCIONAL. EL MALESTAR DE LOS PROFESIONALES

En nuestro trabajo, el vínculo con el paciente y la familia, el cuidado y el buen trato son principios fundamentales. Sabemos que los vínculos terapéuticos son vínculos transferenciales, y que en nuestra práctica nos posicionamos como depositarios de los afectos que les perturban, sosteniéndolos hasta que puedan hacerse cargo ellos mismos. Un objetivo en la formación de los terapeutas grupales es transmitir que la CGO es una clínica grupal transferencial, de transferencias múltiples. Una clínica en la que el profesional está implicado y que por ello requiere el análisis de su subjetividad, para que esta no obstaculice el desarrollo de la tarea.

La metodología operativa genera las condiciones para investigar y conocer las transferencias entre el paciente y el profesional, mutuas, recíprocas y subjetivas. Un objetivo en la formación y supervisión es la investigación de la influencia de la contratrtransferencia en los vínculos grupales, conocer los efectos de la subjetividad de los profesionales en los grupos terapéuticos. Asimismo, nos interesa investigar también la “contratrtransferencia institucional”. Con este término hacemos referencia a las transferencias del terapeuta hacia la institución, otro objeto a investigar en la clínica grupal por su influencia en los vínculos que el terapeuta establece en los grupos terapéuticos.

Hemos vivido y constatado que la ausencia de trabajo en equipo genera tensiones entre los diferentes grupos y profesionales que conforman la institución. Hemos sufrido y vivenciado, y también observado, el gran malestar de los profesionales y cómo las disfunciones institucionales generan efectos iatrogénicos en el vínculo con los pacientes. De ahí que la clínica grupal operativa promueva otros novedosos espacios: los grupos de reflexión institucional, que, junto a los espacios de formación y supervisión, ofrecen la posibilidad de investigar la influencia de la problemática institucional en los vínculos entre profesionales y pacientes.

Las dinámicas institucionales generan mucha angustia en los profesionales, por eso hemos trabajado con el modelo operativo y su metodología grupal en la promoción y prevención del malestar y *burnout* de los profesionales. Hemos constatado que las disfunciones institucionales generan síntomas psicopatológicos en los clínicos, y que el modelo operativo es un gran instrumento porque facilita la elaboración de las dificultades y conflictos grupales. Este trabajo grupal entre profesionales evidencia la mejora en los frecuentes síntomas de ansiedad, angustia y depresión, y disminuye el riesgo de *burnout* derivado de la práctica clínica.

En el libro *El médico como persona en la relación médico-paciente* (31), concluí que las principales causas del malestar y angustia de los profesionales eran: la relación con el paciente, el sufrimiento de los pacientes, la insuficiente formación en la relación médico-paciente y el escaso apoyo social; variables que afectan de manera importante en la salud física y mental de los profesionales. Y referí los altos índices de ansiedad y angustia que causaba el quehacer clínico: la angustia, , afectaba al 90% de los médicos y en un 18% era muy intensa, y causante de mayores índices de enfermedades físicas, psicopatologías, suicidios y morbimortalidad de los médicos respecto a otras profesiones.

¿QUÉ ES LO TERAPÉUTICO PARA EL SUJETO, LOS GRUPOS Y LAS INSTITUCIONES?

En el pasado asistimos a debates estériles y posiciones dilemáticas: psicoterapia vs. psicofármacos. En el momento actual nos preguntamos: ¿cómo introducir los fármacos en nuestra clínica?, ¿y cuál es el efecto de la transferencia en la toma de medicación? Porque precisamos ubicar al fármaco en el lugar que le corresponde y realizar un uso ético de los medicamentos, repensando las indicaciones y las dosis pertinentes.

La CGO propone los grupos como espacios terapéuticos privilegiados para conocer y comprender las relaciones intersubjetivas y los modos de vinculación, espacio común de conocimiento de uno mismo y de los otros. En estos espacios grupales se permite afrontar los conflictos y las problemáticas en las relaciones con los otros, procesos implícitos en los problemas psicopatológicos y principal fuente de sufrimiento para los humanos, siguiendo a Freud.

El interés de esta clínica grupal es que ofrece las condiciones de posibilidad para investigar los diferentes objetos psíquicos emergentes: intrapsíquicos, intersubjetivos, grupales e institucionales. Y, siguiendo a Fabris (32), una multiplicidad de interrelaciones enmarcadas por lo comunitario en sentido amplio, el mundo y lo social. El mayor conocimiento de estos objetos permite realizar estrategias e intervenciones de mayor operatividad, por tanto, más eficaces, sobre los sujetos, los grupos y las instituciones.

Es un modelo, por tanto, que aborda lo intrasubjetivo e incorpora los diferentes ámbitos que atraviesan al sujeto: lo grupal, lo institucional y lo comunitario-social. Aborda la complejidad de estos procesos, como dijimos, las diversas variables biológicas, psicológicas y sociales que causan el enfermar y ofrece espacios y tratamientos grupales más eficaces para abordar esta complejidad y diversidad. Y, reiteramos, crea espacios grupales novedosos de gran interés para la organización de los SSM y para la salud de la población: los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, los corredores terapéuticos y los grupos de reflexión institucional, los grupos cerrados con encuadres grupales breves, intermedios y prolongados, los grupos comunitarios y de rehabilitación, entre otros.

La función del equipo terapéutico, constituido por un coordinador y un observador, es central en nuestra clínica. Ambos miembros, con funciones diferenciadas, escuchan los enunciados y el discurso de las personas que demandan y se centran en observar y analizar atentamente

los emergentes grupales. Sus intervenciones serán operativas, dialécticas, con el foco en las disociaciones, dilemas, confrontaciones, paradojas y contradicciones de los participantes.

La función del observador marca una diferencia significativa respecto a otras teorías grupales. Su función específica y fundamental es crear la lectura de emergentes. En la observación de las vinculaciones entre el coordinador, el grupo y la tarea, construirá la lectura de emergentes, que forma parte del “discurso grupal” de cada sesión. Es un discurso producido por el grupo en el entrecruzamiento de los discursos singulares y las intervenciones del equipo terapéutico.

En los grupos observamos los discursos subjetivos y sus entrecruzamientos, y nos centramos en investigar el “discurso grupal”, que propusimos como un factor terapéutico grupal central. La experiencia de estas décadas nos permite afirmar que el grupo es el principal agente terapéutico, al conformarse como un espacio transicional, transferencial y de simbolización. El grupo es el agente terapéutico a través de un “discurso grupal”, producto del grupo, que es fundamental para analizar los vínculos grupales, intersubjetivos y subjetivos, latentes en el proceso del enfermar. Un discurso emergente de la singularidad del grupo, que, a su vez, está organizado por las cadenas asociativas de emergentes grupales que generarán los procesos de significación y elaboración, fundamentales para el proceso de la cura. El discurso grupal se propone como principio organizador del grupo y principal factor terapéutico grupal.

Hemos constatado que “el grupo es el principal agente terapéutico” por su capacidad de generar múltiples factores terapéuticos grupales (FTG): los FTG generales (comunes a todos los grupos) y los FTG específicos (propios de los grupos terapéuticos) (33). El grupo es espacio contenedor, un lugar privilegiado para aprender a contener y demorar la pulsión; también es un espacio de relación, interacción y comunicación donde es posible aclarar los malentendidos y revisar los estereotipos, de ahí su función como principal agente terapéutico.

También es un lugar de aprendizaje: del silencio, de la escucha, de aprender a pensar y fantasear junto a los otros, del diálogo y de transformar las vivencias en experiencias, de puesta en palabras de los traumas, separaciones y duelos no elaborados, un medio para su elaboración y la puesta en juego del deseo. Un espacio donde expresar los afectos y unirlos a las representaciones y reflexionar sobre las vivencias del pasado en el presente para lograr un futuro. Un lugar para identificarse y desidentificarse, realizar preguntas y señalamientos e incluso para interpretarse unos a otros: es decir, un espacio privilegiado para las elaboraciones necesarias que permiten salir del malestar y sufrimiento subjetivo.

La preocupación por la sobremedicalización del sufrimiento subjetivo y el incremento de las psicopatologías y su mayor cronificación nos lleva de nuevo a la pregunta: ¿qué es lo terapéutico para el sujeto, los grupos y las instituciones?

La implementación de la CGO a nivel institucional, hace años, en los CSM de Getafe y Parla, en Madrid, logró la sinergia de las intervenciones en diversas áreas íntimamente relacionadas: la organización asistencial, la clínica grupal, la formación y supervisión grupal y la investigación. La situación de crisis actual requiere otros modelos, conceptualizaciones, comprensiones y estrategias grupales para el campo de la salud/ “enfermedad” mental; y ello nos obliga a revisar las teorías, técnicas y metodologías con el objetivo de implementar las más pertinentes para abordar las diferentes tareas de la institución: asistencial, clínica, formación-supervisión e investigación.

Como hemos señalado, la CGO propone nuevas lecturas, más acordes con la complejidad de la condición humana. Es un modelo capaz de transformar la formación, el aprendizaje y la clínica, al lograr mayores integraciones entre la teoría y práctica y el pensamiento-afecto-acción. Ofrece una mirada ampliada, que, al facilitar los procesos de transformación subjetiva en la clínica y en el aprendizaje, permite otra clínica y otra didáctica: una “clínica ampliada”, usando el término de Osvaldo Saidón, con otra perspectiva del sujeto y la psicopatología, pensados como emergentes de la reciprocidad entre singularidad y grupalidad, y atravesados por los determinantes institucionales, comunitarios y sociales. Ofrece también una distinta comprensión de los trastornos psicopatológicos, como formas de defensa y expresión de dramas personales, familiares, grupales y sociales, y de los síntomas, como expresión del conflicto, del deseo y las defensas del sujeto ante las problemáticas surgidas en las relaciones familiares, interpersonales, laborales o económicas.

Pensamos que esta teoría puede ser un modelo alternativo para el campo de la salud y la “enfermedad mental”, porque probablemente sea la teoría y la estrategia terapéutica e institucional que mejor aborda la complejidad de las instituciones y las diferentes psicopatologías que se atienden en los SSM. El dispositivo grupal operativo se ha mostrado como un instrumento muy eficaz para el tratamiento de todas las psicopatologías, desde las más leves a las más graves. Y ello debido a numerosas causas, entre ellas, la facilitación de la implicación del paciente, compromiso que logra una mejor elaboración de los duelos, separaciones y traumas; acontecimientos que sabemos están en la base de las psicopatologías habituales. Asimismo, las terapias del grupo familiar realizadas por Jaitin, Sherzer, Klein Balello, Fischetti, Milano y Ceresi (Revista *Área 3*), entre otros, nos han mostrado que es un potente instrumento para disminuir o evitar la transmisión de vínculos patógenos a las siguientes generaciones, al permitir la significación, resignificación y elaboración de los síntomas.

Por otro lado, es un modelo que posibilita también afrontar y reducir la cronificación que producen las instituciones actuales debido a las carencias institucionales; entre ellas, el abuso de psicofármacos y el precario uso de las psicoterapias individuales, al proponer encuadres poco definidos, muy espaciados, sin límite de tiempo y sin clara dirección de la “cura”, que suelen prolongarse y generar dependencia institucional al paciente. Sabemos que la mala

organización asistencial cronifica, y que este hecho es difícilmente justificable en los momentos actuales cuando existen instrumentos que pueden aliviar la carga asistencial; nos referimos al trabajo en equipo y a las metodologías grupales en la evaluación y en los tratamientos psicoterapéuticos.

Las clínicas grupales psicoanalíticas han de ser de elección en los SSM, y la CGO ha de tener una situación privilegiada, porque esta clínica grupal también es una clínica institucional y permite abordar las grandes dificultades en la formación de los grupos y equipos. Es la única teoría grupal con capacidad de incidir sobre lo institucional, propone espacios y metodologías grupales que facilitan la elaboración de los obstáculos que impiden el trabajo de equipo en las instituciones; entre ellos, señalamos tres causas interrelacionadas entre sí: los narcisismos individuales, la falta de formación y análisis, y la carencia de coordinadores de equipos.

Podemos decir que el “plus” de este modelo es su capacidad de abordar la organización institucional a través de la construcción de un trabajo en equipo. Su propuesta e intervenciones se dirigen a que el equipo sea el eje central de la institución para que, de ese modo, sea capaz de poner en marcha el desarrollo de las tareas institucionales: la asistencia, la clínica, la formación y la investigación. La COG permite una comprensión y análisis de las instituciones, promueve la organización de equipos interdisciplinarios y no solo multidisciplinarios, y posibilita otra clínica diferente. La reflexión y el análisis de la institución facilitará funcionamientos más psicoterapéuticos y espacios más eficaces y eficientes si el modelo operativo se mantiene en el tiempo.

Este modelo permite la transformación de las instituciones (CSM, hospital de día, centro de rehabilitación, unidad de hospitalización...) para que funcionen como comunidades terapéuticas. Y sensibiliza a pacientes y profesionales en la premisa de que la palabra ha de ser el instrumento fundamental en todas las tareas de la institución. Y este objetivo, la prioridad de la palabra, el diálogo y la comunicación, facilitará funcionamientos más saludables en el equipo y creará vínculos más terapéuticos con los pacientes.

Nuestro deseo es que la CGO se posicione en un lugar relevante en la clínica de los SSM de nuestro país, cuidando especialmente los tratamientos de rehabilitación y recuperación de los pacientes afectados con trastorno mental grave. De acuerdo con Antonio Tarí (34), en el campo de la rehabilitación, la COG, y otros espacios grupales con diversas tareas y actividades, se ha mostrado imprescindible para la recuperación de los pacientes.

En la formación de equipos, una figura es central: la del coordinador del equipo. En los SSM es preciso diferenciar la función de jefe del servicio y la de coordinador de equipo. Se precisan ambas funciones y pocos profesionales pueden realizarlas al mismo tiempo. El buen coordinador tiene una función central: coordinar para facilitar y elaborar los conflictos grupales e institucionales que vayan emergiendo durante el proceso.

Nuestro modelo de aprendizaje capacita para ejercer esta función, esencial para tener capacidad de impulsar y crear equipos. En las metodologías grupales se aprehende a detectar

las dificultades, los obstáculos y las resistencias que emergen en los grupos, en las relaciones intergrupales y en los equipos. En este sentido, uno de los objetivos es realizar grupos de reflexión institucional, pues ofrecen las condiciones de posibilidad para el análisis de las dificultades y de los obstáculos. Un trabajo que puede ser apoyado en algunos momentos por un supervisor o, si no es posible, por el coordinador del equipo, ya que sabemos que, aunque se promuevan cambios en la institución, si no se trabajan las resistencias al cambio, este podrá ser paralizado de nuevo.

En resumen, podemos decir que la CGO plantea otra comprensión y abordaje del enfermar, de las crisis subjetivas, de los síntomas, de la psicopatología, del diagnóstico, de las psicoterapias, del uso de los psicofármacos y de la rehabilitación. Asimismo, propone diversos dispositivos grupales terapéuticos para atender los padecimientos subjetivos de la población. Se trata de una clínica con un eje central: los dispositivos grupales, a su vez, centrados en las diversas tareas (terapéuticas, de formación, asistenciales, organizacionales, rehabilitadoras, de investigación, etc.). Un modelo diferente, ya que prioriza la investigación de la implicación y transferencias del profesional, con el objetivo de disminuir la influencia de las transferencias subjetivas de éste en los vínculos con los pacientes y con el grupo.

Después de largos años trabajando en CGO se propone como un instrumento de elección en el campo de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; y también para la organización asistencial, la formación y la investigación de las estrategias psicoterapéuticas en los SSM. Para hacer posible su implementación en la clínica y la organización asistencial, precisamos incorporarla en la formación de todos los especialistas que trabajan en el campo de la salud mental. Es una clínica grupal, y también institucional, potente que ofrece eficaces instrumentos para la organización del trabajo en equipo, eje central de la institución.

En este punto, planteamos dos interrogantes:

- ¿La CGO, al proponer una nueva teoría del psiquismo, de las crisis subjetivas, de la psicopatología, del diagnóstico y de las prácticas psicoterapéuticas, podrá en el futuro considerarse un nuevo paradigma para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones?
- Si el paradigma psicoanalítico está en el núcleo del modelo de la CGO, ¿esta clínica grupal, con su perspectiva de un inconsciente/latente (subjetivo-intersubjetivo-grupal-comunitario-social), podría ser una aportación de interés para la teoría psicoanalítica?

Antes de terminar, plantear que para realizar las tareas de promoción, prevención, terapéuticas y rehabilitadoras, la CGO ha de ser relevante en la formación y en la asistencia de los profesionales. Como ya señalamos en otros artículos (35), reiteramos que la formación en psicoterapia durante la residencia ha de ser acreditada para que los residentes puedan adquirir el título de especialistas en psicoterapia, como en las titulaciones de alemanes y suizos: son psiquiatras/psicólogos y psicoterapeutas. Esta titulación de psicoterapeuta exige que los Programas de las Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología

sean repensados para incluir un Área de Psicoterapia central, que requerirá, a su vez, de la organización de un programa de psicoterapia en los programas asistenciales.

MOMENTO DE CONCLUIR

La sociedad y sus instituciones sanitarias y familiares pueden producir altos porcentajes de sufrimiento y enfermedad psíquica. La disfunción institucional y la medicalización del sufrimiento con psicofármacos contribuye a cronificar las psicopatologías. Es preciso transformar la idea de que la angustia y la tristeza son necesariamente patológicas: son manifestaciones del sufrimiento humano, del dolor subjetivo en las relaciones y vínculos con los otros.

Los índices de suicidio e intentos en la población general, el dolor en las consultas de Atención Primaria (50%) y el alto consumo de psicofármacos (al menos, el 25% de la población) son algunos datos para reflexionar sobre la clínica que se realiza en los SSM y en AP. La ética profesional exige difundir la idea de que los síntomas psicopatológicos son emergentes de separaciones, duelos y circunstancias adversas de la vida, a veces, de muy difícil elaboración para el sujeto.

La CGO propone una nueva conceptualización, una nueva teoría y práctica que amplía la perspectiva de los paradigmas biológicos, cognitivo-conductuales y psicoanalíticos, por lo que podría considerarse como un nuevo paradigma para el campo de la salud-enfermedad mental. Amplía la teoría de la subjetividad del psicoanálisis freudiano (sujeto dividido entre lo consciente y lo inconsciente), reformulando el inconsciente subjetivo como “un inconsciente/latente vincular y grupal-social”. Un inconsciente/latente de mayor complejidad, que es efecto del lenguaje y, por tanto, está en el discurso; un inconsciente intrapsíquico e intersubjetivo construido en los vínculos familiares, grupales y sociales.

La CGO es una clínica transferencial subjetiva, grupal e institucional y también comunitaria-social que amplía las perspectivas de las teorías y prácticas actuales en relación a la evaluación, las crisis, los síntomas, la psicopatología, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Su propuesta es el pasaje de los paradigmas individuales a los grupales, y la puesta en marcha de evaluaciones diagnósticas y terapéuticas grupales con el objetivo de investigar las circunstancias actuales y pasadas del sujeto y sus modos de vinculación. También investiga los procesos del enfermar del hombre y de la mujer en sus diferencias y en el ámbito de la vida cotidiana.

La CGO, de mayor complejidad que la clínica individual, se caracteriza por la multiplicidad y diversidad de sujetos-objetos y transferencias. En la búsqueda de dar sentido a los síntomas y a la elaboración subjetiva junto a los otros, crea espacios grupales terapéuticos nuevos y diversos. Facilita la integración del pasado, el presente y el futuro del sujeto, potenciando los procesos de significación y elaboración. Es muy eficaz para promover escenas y discursos grupales que permiten desplegar los grupos internos y las causas de las problemáticas y conflictos subjetivos. Es una clínica que investiga los fenómenos contratransferenciales del

equipo terapéutico, que han de ser analizados para no ser obstáculo en los procesos de tratamiento.

La CGO puede convertirse en un nuevo paradigma para el campo de la salud mental, al posibilitar nuevos espacios grupales de evaluación, diagnósticos y terapéuticos. Una implementación que se realizará en la medida en que disminuyan las resistencias derivadas de motivos ideológicos, políticos y económicos, y, por tanto, la prevalencia de los paradigmas biológicos y cognitivo-conductuales vigentes en nuestro país.

La Concepción Operativa de Grupo es un instrumento potente de análisis e intervención institucional y comunitaria, y ofrece las bases para repensar Otra Psiquiatría/Psicología clínica, social y comunitaria. Permite la creación de espacios grupales comunitarios, de sostén, apoyo, información, acompañamiento y cuidados para los pacientes más graves. Es útil para la promoción y prevención, al ofrecer herramientas a los ciudadanos para atravesar mejor las circunstancias vitales adversas. Y, como se ha evidenciado en la pandemia, un modelo eficaz también con el uso de las nuevas tecnologías, como se ha demostrado realizando grupos terapéuticos *online*.

Termino con unas palabras de Tosquelles (36) respecto al psicoanálisis: “Yo era muy consciente de mi destino profesional: ¿cómo podía introducir las teorías y la práctica psicoanalítica en los hospitales psiquiátricos?”. Comparto sus palabras y su deseo, respecto a la red de los SSM de nuestro país, y me pregunto: ¿cómo hacer para que la Clínica Crupal Operativa sea un modelo de clínica ampliada y de elección en los SSM?

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pichon-Rivière E. El proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.
- (2) Grinberg L, Langer M, Rodrigué E. Psicoterapia del grupo: su enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós, 1957.
- (3) Duro Martínez JC. Discursos y prácticas profesionales en psicología social y comunitaria (1970-1995). Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Sociología y Antropología Social, 1999.
- (4) Foucault M. El nacimiento de la clínica. Buenos Aires: Siglo XXI, 2004.
- (5) Pavlovsky E. Clínica grupal. Buenos Aires: Ed. Búsqueda, 1974.
- (6) Bauleo A. Lo Grupal 6. Buenos Aires: Ed. Búsqueda, 1988.
- (7) Bauleo A, Duro JC, Vignale R. La concepción operativa de grupo. Madrid: AEN, 1990.
- (8) Gómez Esteban R. Grupos terapéuticos con pacientes psicóticos en los SSM. En: Ingala A, Gómez Esteban R, Frère J, González Guillén A. El malestar en la cultura. Libro de las II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN. Madrid: AEN, 1992.
- (9) Ingala A, Frère J, Mansilla F, Melendo JJ, Rivas E. La intervención psicoanalítica en la institución pública. Madrid: AEN, 1994.

- (10) Gómez Esteban, R. Psicoterapia psicoanalítica de grupo en los trastornos límite de personalidad. En Gómez Esteban R, Rivas Padilla E. El psicoanálisis en lo social y en lo político. Consideraciones sobre la verdad y la mentira en sendos campos. La cuestión de lo público y lo privado. Madrid: AEN, 2010.
- (11) Gómez Esteban R. Agresividad, violencia y odio en el trastorno límite de personalidad. En Irazábal E (coord.). Situaciones grupales difíciles en salud mental. Madrid: Ed. Grupo 5, 2014.
- (12) Gómez Esteban R. Una perspectiva psicoanalítica y grupal de los trastornos límite de personalidad. En Irazábal Martín E, Hernández Monsalve M. Experiencias terapéuticas grupales. Madrid: Grupo 5, 2013.
- (13) Gómez Esteban R. ¿Trastorno bipolar/psicosis maníaco - depresiva o psicosis melancólica bipolar? Tratamiento con psicoterapia psicoanalítica grupal combinada con psicofármacos. En: Gómez Esteban R, Rivas Padilla E. La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo. Madrid: AEN, 2007.
- (14) Gómez Esteban R. Psicoterapia de grupo psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal. En Gómez Esteban R, Rivas Padilla E. La práctica analítica en las Instituciones de Salud Mental, la psicosis y el malestar en la época actual. Madrid: AEN, 2006.
- (15) Gómez Esteban R. Grupos terapéuticos con pacientes esquizofrénicos y familiares coordinados con técnica analítico-operativa. En: Gamo E. Terapias e Intervenciones grupales. Madrid: Duphar, 1998.
- (16) Gómez Esteban R, Viña Guzmán MJ. Psicoterapia de psicoanalítica de grupo con pacientes esquizofrénicos. En Gómez Esteban R, Gamo Medina E. Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN, 1997.
- (17) Gómez Esteban R. Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo. En Ceverino A (coord.) Salud mental y terapia grupal. Madrid: Ed. Grupo 5, 2014.
- (18) Gamo Medina E, Gómez Esteban R (coords.). Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN, 1997.
- (19) Bauleo A. Ripensando l'idea di grupo. En Cellentani O. Il gruppo nella formazione degli operatori social. Milano: Franco Angeli, 1992.
- (20) Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2018.
- (21) Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La clínica grupal en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2021.
- (22) Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. Lo grupal en tiempos de pandemia. Madrid: AEN: 2022; en prensa.
- (23) Gómez Esteban R. Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2020; 40(137): 131-154.
- (24) Gómez Esteban R, Lorenzo López L. Clínica Operativa. 2022, junio; webinar AEN: https://www.youtube.com/watch?v=yMUqZysw8BI&ab_channel=AENProfesionalesdeSaludMental
- (25) Bauleo A. Psiquiatría y teoría grupal. En: de Brasi M, Bauleo A. Clínica grupal. Clínica institucional. Madrid: Atuel, 1990.
- (26) Bleger J. Temas de psicología, entrevista y grupos. Buenos Aires: Nueva visión, 1972.

- (27) Álvarez JM. Estudios de psicología patológica. Barcelona: Xoroi, 2017.
- (28) Gómez Esteban R. Los grupos psicoterapéuticos con pacientes bipolares: un largo camino desde la “locura” a la “separación”. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La clínica grupal en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2021.
- (29) Bauleo A. Un grupo. En: Bauleo A, Montserrat A, Suárez F. Psicoanálisis operativo. Buenos Aires: Editorial Atuel, 2005.
- (30) De Felipe V. Efectividad de la psicoterapia de grupo en una unidad de salud mental. Modelo operativo psicoanalítico. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La clínica grupal en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2021.
- (31) Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid: Fundamentos, 2002.
- (32) Fabris F. Psicología social, teoría y praxis. Concepto, método y ética de la intervención. Buenos Aires: Ed. El Zócalo, 2019.
- (33) Gómez Esteban R. Factores terapéuticos grupales en la psicoterapia de grupo psicoanalítica-operativa. Rev. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2021; nº 24.
- (34) Tarí A. El grupo en el cuidado institucional de los pacientes graves. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La clínica grupal en los servicios de salud mental. Madrid: AEN, 2021.
- (35) Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. Rev. AEN. 2019; vol. 39 (136): 121-146.
- (36) Desviat M. Francesc Tosquelles, política y psiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 2022; 42(141): 282-292.