

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Vol. 20, número 1, 2023



Clínica Grupal Operativa

Rosa Gómez Esteban
(compiladora)

CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** **COMUNITARIA**

Vol. 20, número 1, 2023



Clínica **G**rupal **O**perativa

Rosa Gómez Esteban
(compiladora)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri.

Subdirector: José Filgueira Lois.

Secretario de redacción: Juan M. García-Haro.

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, David González Pando, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Ana Esther Sánchez Gutiérrez, César Luis Sanz de la Garza.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Salud Mental

- Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: “Nagasaki”

(1986) de Santiago Mercado Serna. (Propiedad del autor).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Pelayo. C/ Caveda 32 - Gijón.

Periodicidad: Anual

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011, 2013 y 2016. Los años 2014, 2015 y 2017 solo se editó un número. Desde 2018 es una revista digital.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 20, número 1, 2023

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación:

Una travesía singular: desde el hospital psiquiátrico a la antipsiquiatría y psiquiatría comunitaria. Desde la AEN y el CIR a la “Clínica Grupal Operativa” y a la “Sección de psicoterapia de grupo de la AEN”

Rosa Gómez Esteban 8

La “Clínica Grupal Operativa”: un potente instrumento para una psiquiatría/ psicología clínica, social, y comunitaria

Rosa Gómez Esteban 34

1.- La Concepción Operativa de Grupo en Argentina y Uruguay

Reflexiones acerca de los Grupos Operativos virtuales. La técnica de zoom en los Grupos Operativos de formación

Gladys Adamson 64

El método y la ética de la intervención psicosocial en la perspectiva de Enrique Pichon Rivière

Fernando Fabris 68

Tras las trazas de la grupalidad

Horacio Foladori 73

Los grupos en el horizonte de nuestros días

Graciela Jasiner 78

Unos apuntes sobre la clínica grupal. De Felipear y otras cuestiones

Ricardo Klein 82

Concepción Operativa de Grupo, paradigma estético, y clínica ampliada

Osvaldo Saidón 86

Clínica psicosocial y grupo familiar

Alejandro Scherzer 90

2.- La Concepción Operativa de Grupo en Italia y Francia

La Concepción Operativa de Grupo en Italia

Lucia Balello y Raffaella Fischetti 94

Notas sobre el trabajo con grupos multifamiliares

Massimo de Berardinis 99

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 20, número 1,2023

Legado de Armando Bauleo. Entre la utopía y lo posible	
Marta de Brasi y Loredana Boscolo	104
Los ritmos del presente en psicoanálisis de pareja y familia	
Rosa Jaitín	108
La Escuela José Bleger de Rimini (Italia)	
Leonardo Montecchi	115
3.-La Concepción Operativa de Grupo en España	
Psicoterapia Grupal Operativa Psicoanalítica en una unidad de salud mental: “Encuadre corredor terapéutico”	
Victoria de Felipe	121
La Clínica Grupal Operativa: la grupalidad, los factores terapéuticos grupales y el discurso grupal	
Rosa Gómez Esteban	125
Aquellos maravillosos años	
Emilio Irazábal	133
La clínica Grupal. La organización de dispositivos grupales en salud mental	
Lola Lorenzo López y Felipe Vallejo	137
Tiempo de malestares familiares en la Clínica Grupal Operativa	
Alicia Monserrat	142
La concepción grupal de Nicolás Caparrós	
Isabel Sanfeliu	145
Una nueva vida en común para seguir siendo	
Federico Suárez	148
Concepción Operativa de Grupo y rehabilitación	
Antonio Tarí	152
Feminismos y psicología social: nuevas aportaciones al esquema conceptual, referencial y operativo	
Ana Távora	156

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 20, número 1, 2023

10 BÁSICOS 10: “La Clínica Grupal” y la Concepción Operativa de Grupo 160

INFORMES

OPEN DIALOGUE (Laponia Occidental-Finlandia) 163

RESEÑAS

La Reforma Psiquiátrica en España. Hacia la salud mental comunitaria. Los años 70 Y 80: dos décadas claves. Conversaciones con protagonistas (Begoña Olabarría y Manuel Gómez Beneyto) 173

Xóchitl Frida: “pinto con dolor y mucho amor” (Iñaki Markez) 178

MALESTAMOS. Cuando estar mal es un problema colectivo (Javier Padilla y Marta Carmona) 180

Psicologización, pobreza mental y desorden neoliberal. Escritos y entrevistas. Vol. I. irrecuperables (Guillermo Rendueles) 183

IN MEMORIAM

Mikel Munarriz Ferrandis (1957- 2022) 186

Carlos Campillo Serrano (1944- 2022) 190

Yrgö Alanen (1927-2022) 193

Franco Rotelli (1942-2023) 195

NOTICIAS BREVES 197

REUNIONES CIENTÍFICAS 202

REVISTAS de la AEN-PSM 204

NORMAS DE PUBLICACIÓN 208

PRESENTACIÓN

Una travesía singular: desde el hospital psiquiátrico a la antipsiquiatría y psiquiatría comunitaria. Desde la AEN y el CIR a la “Clínica Grupal Operativa” y a la “Sección de psicoterapia de grupo de la AEN”

A unique journey: from the Mental Hospital to Antipsychiatry and Community Psychiatry. From the AEN and the CIR to the “Operative Group Clinic” and the “AEN Group Psychotherapy Section”.

Rosa Gómez Esteban

Psiquiatra. Expresidenta Sección Psicoterapia de Grupo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Exsecretaria general de la AEN. Madrid.

Recibido: 5/3/2023

Aceptado: 8/3/2023

Una persona con una enfermedad mental entra en el manicomio como persona para convertirse allí en una “cosa”. El paciente es una persona y como tal debe ser considerada... (Basaglia F. Discurso inicial en Gorizia, 1961).

La reforma... es un proceso de sustitución de un modelo institucional por un modelo comunitario. La institución psiquiátrica representa el fracaso de un proyecto utópico donde la sin razón se aísla para generar un mundo basado en la razón (1).

INTRODUCCIÓN

Víctor Aparicio Basauri es una de las figuras más representativas del cambio de la asistencia psiquiátrica que se realizó hace años en nuestro país. Me invita a coordinar este número de la Revista de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria que dirige y me siento muy honrada por el interés de la revista

para el campo de la Salud Mental. Tuve la suerte de trabajar con Víctor Aparicio en la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), mientras él era presidente, en la segunda década de los años 80. Aprendí mucho con él sobre la situación de la asistencia psiquiátrica en nuestro país, y sobre las transformaciones necesarias para el campo psiquiátrico. En la

AEN se preocupó de denunciar la situación de los pacientes internados que, como decía, “vivían en unas circunstancias deplorables”. También se preocupó de señalar las grandes desigualdades en la implantación de la reforma psiquiátrica en las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país (2,3). Aquella fue una época muy especial, muy interesante y movilizadora, fueron los años finales y posteriores de la dictadura, unos años que se constituyeron como instituyentes en la reforma sanitaria y psiquiátrica de nuestro país.

En este texto realizo una breve historia de la atención psiquiátrica, y de mi experiencia profesional, con un extenso relato de las vivencias y prácticas en el hospital de día de las Clínicas de Ibiza, un dispositivo pionero en la asistencia psiquiátrica de nuestro país, a mediados de los 70. Después hago referencia a la relevancia del papel de la AEN en las transformaciones psiquiátricas desde 1977, y en la que participé en la segunda década de los 80 hasta casi mediados de los 90. Y, posteriormente en la fundación de las Secciones de Psicoanálisis y Psicoterapia de Grupo, en la que participo activamente en el momento actual. Para contextualizar las primeras experiencias es preciso hacer referencia a los cambios legislativos que se produjeron en esos años, generados por el primer gobierno socialista en 1982: la “Ley General de Sanidad”, de 1986, y el “Documento de la Reforma Psiquiátrica” de 1985. Este último basado en los principios de la Psiquiatría Comunitaria, cuyas propuestas pondrían en marcha la desinstitucionalización y la instauración de una red de dispositivos de Salud Mental.

SIGLO XX: DESDE LOS AÑOS 20, 40, A LA “ANTIPSIQUIATRÍA” EN LOS 60

Trazaré una breve pincelada por la historia de nuestra disciplina desde principios del siglo XX, enunciando primero el descubrimiento del Psicoanálisis por Freud, las primeras experiencias y desarrollos de las teorías grupales (Pratt, Moreno, Simmel, Schilder, Slavson, Lewin,...). Para detenerme en los años 40, en Inglaterra, y recordar los interesantes trabajos sobre grupos de Bion, Foulkes y Rickman orientados al tratamiento de los soldados que padecían trastornos traumáticos como efecto de la guerra. En esos años y también en ese país, desde mediados de los 40, la propuesta de la “Comunidad Terapéutica” de Maswell Jones y, en Argentina, los desarrollos teóricos y técnicos del Grupo Operativo de Enrique Pichon Rivière (4).

En los años 40 en España, es preciso recordar la relevancia de la “Psicoterapia Institucional” de Tosquelles, un psiquiatra exiliado después de la guerra civil que había introducido la teoría y práctica psicoanalítica en los hospitales psiquiátricos y propuesto la organización del hospital como una comunidad terapéutica (5). Asimismo, a mediados de los 40, en 1945, en Francia, se desarrolla la “Psiquiatría del Sector”, una propuesta asistencial más comunitaria, descentralizada y cercana a la población, y en la que convergen los principios de la Psicoterapia institucional, el Psicoanálisis lacaniano y la política de “sector”. La psiquiatría francesa, a diferencia de las propuestas del cierre del manicomio que emergieron posteriormente,

buscaba formas terapéuticas de institucionalización. Y, a principios de los 60, es preciso recordar las investigaciones en EE.UU. de la Escuela de Palo Alto, con Bateson y Watzlawick como principales representantes, cuyas interesantes investigaciones sobre el “doble vínculo” en familias de pacientes esquizofrénicos serán base para algunas teorizaciones del movimiento de la “Antipsiquiatría”.

En los inicios de los 60, a nivel internacional, se publicaron textos de mucho interés para la Psiquiatría, en concreto, en el año 1961, las obras de tres autores se significaron para nuestro campo: Foucault, Goffman y Szasz. Michel Foucault escribe en Francia: “Locura y sin razón. Historia de la locura en la época clásica”, donde hace referencia al Gran Encierro del siglo XVII, e investiga las relaciones entre sociedad, medios de poder y control de los individuos (6). Erving Goffman, estadounidense, escribe su obra “Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales” (7), y Thomas Szasz, húngaro, “El mito de la enfermedad mental” (8).

A finales de los 60 y durante los 70 en Europa se da una importante politización de la psiquiatría, un emergente de aquellos años es la “Antipsiquiatría”, un movimiento muy interesante de Psiquiatría crítica, que cuestionó la función social de la Psiquiatría y el rol de los psiquiatras. Numerosos profesionales, en aquellos años, fueron protagonistas de grandes luchas con un claro objetivo: transformar y cerrar los manicomios, única institución existente para la atención psiquiátrica. En la década de los años 70 y 80, estos movimientos sociales, políticos

y psiquiátricos tuvieron mucha relevancia en diversos países europeos y en nuestro país. El movimiento antipsiquiátrico hace referencia a una colectividad de médicos psiquiatras que rechazaban la Psiquiatría médica y proponían una psiquiatría alternativa más social y comunitaria; más que antipsiquiatras eran psiquiatras antimédicos, como dicen Pastor y Ovejero (9). Los acontecimientos de aquellos años fueron fundamentales para las transformaciones de la asistencia psiquiátrica.

La crítica a la Psiquiatría se realizó desde dentro por los psiquiatras, y desde fuera por los movimientos sociales del mayo francés en 1968. En el movimiento antipsiquiátrico en Francia siempre estuvo presente el pensamiento de Foucault que, como señalamos, siete años antes había publicado el libro “Locura y sin razón. Historia de la locura en la época clásica”, que será el tema de su tesis doctoral en 1961. Un libro en el que analizó las instituciones psiquiátricas y esbozó las que fueron sus principales temáticas a lo largo de su vida: la genealogía, el saber psiquiátrico, el poder institucional y el sujeto psicológico. Dos afirmaciones de su tesis fueron: “la locura, la perversión sexual o la delincuencia son lo otro, lo rechazado y es expulsado más allá de los límites de la razón”, y “las prácticas humanas están histórica y socialmente determinadas”. Planteó que la locura hasta 1656 había estado presente en la vida cotidiana, pero que, a partir de esa fecha, con la fundación del Hospital General de París, la situación dio un giro radical.

El autor concluyó que la fundación del primer hospital psiquiátrico no había producido la humanización de la asistencia

psiquiátrica, su objetivo era claro: disciplinar a los internados; una crítica en la que incluía a Pinel. Foucault consideró que, siguiendo el principio de que “la persona normal es la que trabaja”, a partir de entonces la locura se medicaliza en estos hospitales que tienen una actividad central: la *laborterapia*. Afirma que los hospitales psiquiátricos se instituyen como lugares de inclusión, y no de exclusión, porque transforman en trabajadores asalariados a aquellos sujetos que estaban desligados del mercado de trabajo. En las críticas al encierro y al manicomio, los antipsiquiatras coincidieron con Foucault, pero no en la concepción de la locura que era muy diferente. Otro libro en Francia muy significativo después de mayo de 1968, en 1972, fue “El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia”, de Deleuze y Guattari. Un texto que critica al Psicoanálisis al tratar la enfermedad como algo individual, obviando la influencia de lo político y económico en la génesis de la patología y propugnando un Psicoanálisis político y social.

A inicios de los 60, en Inglaterra, Laing junto a Cooper y Esterson, reinterpretaban el texto foucaultiano convirtiéndolo en una poderosa herramienta para el cierre de los hospitales psiquiátricos. Los tres fueron los principales representantes del movimiento antipsiquiátrico fundando la Asociación Philadelphia. Laing publicó en 1960 “El yo dividido” y “El yo y los otros” en 1961. En 1969, Laing con Cooper escribe “Razón y violencia. Una década de pensamiento sartreano” (10) y con Esterson, “Cordura, Locura y familia”. Familias de esquizofrénicos” (11). Laing afirmó la relación entre esquizofrenia y familias y padres esquizofrenógenos y tra-

bajó en diferentes instituciones, entre ellas, la Clínica Tavistock, que fue centro de referencia de psicoterapia psicoanalítica y donde conoció a Bowlby y a Winnicott. Laing junto a Berke y otros compañeros basados en el principio de que la base de los tratamientos eran las actividades comunitarias y la exclusión de los psicofármacos, organizaron la experiencia de Kingsley Hall en una casa en el este de Londres que albergó a 15 pacientes psicóticos, desde 1965 a 1969.

Aunque Laing fue el autor más significativo, es Cooper, un psiquiatra inglés, nacido en Sudáfrica, quien fue nombrado “padre de la antipsiquiatría” después de publicar “Psiquiatría y Antipsiquiatría”, en 1967. La antipsiquiatría era emergente de la represión y violencia de los manicomios y de la psiquiatría institucional, de ahí que Cooper subrayara la importancia del cambio social. En la experiencia “Villa 21”, con jóvenes en un pabellón del hospital, evidenció la eficacia de los encuentros diarios entre personal y pacientes, y también la de los grupos terapéuticos con pacientes y familiares. Para que no se paralizaran las dinámicas institucionales también propuso la necesidad de trabajar con la ansiedad de los profesionales. Al igual que sus compañeros, en el tratamiento con psicofármacos, afirmó que: “el uso de tranquilizantes en dosis mínimas obtenía iguales o mejores resultados”. Los autores antipsiquiatras ingleses señalaron dos ideas centrales: “la familia es la estructura portadora de las contradicciones sociales”, y “lo social y familiar son causantes de la enfermedad mental, a través de la dialéctica histórica de las relaciones interpersonales”. Estos autores se basaron también en las

investigaciones sobre comunicación intrafamiliar en las familias esquizofrénicas, en los estudios realizados sobre el “doble vínculo” de Bateson en Palo Alto (12). Estos trabajos habían afirmado dos tesis fundamentales: “la esquizofrenia es el resultado de las interacciones sociofamiliares” y “un factor determinante en la aparición y desarrollo de la esquizofrenia es “el doble vínculo”, que hace referencia a la distorsión de la comunicación intrafamiliar”.

En esta fecha histórica, 1968, en Italia, Basaglia publicará su libro “La institución negada, informe de un hospital psiquiátrico” (13), en el que planteó: “la necesidad de liberar a los enfermos y destruir el manicomio, al ser solo un lugar de encierro”. Fue director del hospital psiquiátrico de Gorizia donde implementó los principios de la “comunidad terapéutica” que había aprendido con Maswell Jones en Londres, y con esta experiencia afirmó: “el internamiento psiquiátrico empeora la enfermedad mental”. En 1971 Basaglia se trasladó al hospital de Trieste con los siguientes objetivos: la reconstrucción de la persona y de su identidad social y jurídica, la eliminación de las medidas de contención y del electroshock, la no separación de los sexos, y la creación de una multiplicidad de espacios para promover la relación social.

En 1973, dos años después, el movimiento antipsiquiátrico italiano fundará un partido político: “Psiquiatría democrática” y, dos años después, en 1975, Basaglia junto a Guattari, Laing, Cooper, Jervis (14) y Castel (15), entre otros, organizarán la “Red Internacional de Alternativa a la Psiquiatría” constituida en la ciudad de Bruselas; que

también se reunirá en Sevilla, unos años después. Elaboraron un Manifiesto en el que concluyeron con las siguientes palabras: “sin la transformación de la sociedad no hay posibilidades de una mejor Psiquiatría”. En 1977, unos meses después de la reunión del III Réseau Internacional de Alternativa a la Psiquiatría, con una asistencia de más de 3.500 personas, en Trieste, Basaglia y su equipo lograron el cierre del hospital psiquiátrico. Y un año después, en 1978, lograron la aprobación de la “Ley 180 de la Reforma psiquiátrica en Italia” que consiguió instituir el cierre de los manicomios, y su sustitución progresiva por una red de servicios comunitarios. Un texto legal histórico porque era el primer documento que establecía los derechos de las personas afectadas de enfermedad mental. En esos años tuvimos la suerte de conocer a Basaglia en un viaje que hizo a Madrid invitado por Armando Bauleo.

Los movimientos sociales y la “Antipsiquiatría” fueron fundamentales para lograr la desinstitucionalización, los cierres y las transformaciones tanto de las instituciones como de los instrumentos que habían sido utilizados hasta entonces en la asistencia psiquiátrica. Posibilitaron cambios fundamentales en los radicales modos de hacer de la asistencia manicomial: *contención mecánica, segregación, aislamiento del “loco”, tratamientos abusivos como el “electroshock”, shocks insulínicos, y lobotomías cerebrales...* Aunque, por otro lado, también hay que tener en cuenta que, el cierre de los manicomios se facilitó también por intereses económicos: los hospitales psiquiátricos eran muy caros de mantener

y los psicofármacos podrían generar un mercado muy interesante para las industrias farmacéuticas.

LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: HISTORIA

Las distintas épocas han generado movimientos sociales, históricos, culturales, y, por tanto, diversas teorías y prácticas psiquiátricas y asistenciales. El término “Psiquiatría Comunitaria” se acuñó en Inglaterra, después de la segunda guerra mundial, aunque ya desde inicios del siglo XX, los primeros grupalistas habían realizado y constatado la eficacia de los instrumentos grupales; un ejemplo son las iniciativas de Simmel en los años 1920-1930 (16). El autor de referencia en ese país fue Maswell Jones, que trabajó desde 1941 en la idea de la “Comunidad Terapéutica”. Recuperó el papel de la palabra del interno, de la comunidad, y del rol de todos los profesionales. Cuestionó la jerarquía y se orientó por una comunicación libre entre todas las personas implicadas, una idea que puso en práctica en el hospital Mill Hill, en 1945-46. En los años 50, Maswell Jones propone los principios de la Comunidad Terapéutica, en base a conceptos del Psicoanálisis, la Sociología, las Teorías de la Conducta, y la Psiquiatría clínica; propugnando en los tratamientos una corresponsabilidad entre profesionales y pacientes. Algunas experiencias de Maswell Jones coincidieron con las de Bion, Rickman y Foulkes en Northfield, a mediados de los 50. No hay pruebas de comunicación entre ambas experiencias, pero el trabajo de estos últimos autores también impulsa el recono-

cimiento de las comunidades terapéuticas, la relevancia de la psicoterapia de grupo y del grupoanálisis.

Estas experiencias en Inglaterra influyeron para que al final de la década del 50, en 1959, se produjera un punto de inflexión: la creación del Servicio Nacional de Salud y la aprobación del “Acta de la Salud Mental”. Esta tenía como objetivo la implementación de la Psiquiatría Comunitaria y la creación de unidades de Psiquiatría en los hospitales Generales y hospitales de día. Este proyecto remarcaba dos principios: *los tratamientos se desplazaban de las instituciones psiquiátricas a la comunidad y la finalización de las diferencias administrativas y legales entre pacientes físicos y psíquicos*.

En la siguiente década, 1966, Caplan desarrollará los principios de la Psiquiatría Comunitaria en Inglaterra, afirmará: “la comunidad social es, al mismo tiempo, causa y espacio para la curación de la enfermedad mental”. El autor definió los principios y los tres niveles de prevención de la Psiquiatría Comunitaria: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria hará referencia a la intervención sobre las causas y factores que mantienen la enfermedad. La prevención secundaria, a la identificación precoz de los síntomas. Y la prevención terciaria, a la disminución de las discapacidades secundarias. Caplan trabajó en los programas de Psiquiatría comunitaria de la Clínica Tavistock de Londres y en diversos países de EE.UU., y también en diferentes ámbitos comunitarios. Afirmar cuestiones centrales que también lo son para la clínica grupal actual que promovemos: “el nuevo modelo de Salud Mental debe priorizar las

actividades realizadas en grupos diversos, centrarse en la comunidad y no en el sujeto”. Y, asimismo, crear Centros de crisis, Centros de Salud Mental comunitarios y unidades en hospitales generales.

La “Psiquiatría Comunitaria” introduce una nueva concepción de la salud/enfermedad y de la prevención, y propone el desarrollo de una red de servicios sociosanitarios integrados en el sistema sanitario general, en base a la territorialización, la continuidad de cuidados, la desinstitucionalización, el funcionamiento en equipos multi-interdisciplinarios, la relevancia de la Atención Primaria, y la participación de la comunidad a través de Asociaciones de pacientes y familiares. Estas propuestas fueron fundamentales para el desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria en España, posibilitada por el cambio democrático al ganar el PSOE las elecciones generales en 1982. Un año después, en 1983 se creó la “Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”, constituida a finales de 1984 por profesionales de la AEN: Valentín Corcés, José García, José Guimón, Federico Menéndez, Mercé Pérez, José Rallo y Francisco Torres, junto a los directores generales de la administración. El Documento propuesto en 1985 fue un hito fundamental para la transformación psiquiátrica, y para la implantación del nuevo modelo de Psiquiatría Comunitaria en nuestro país (17,18).

La Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 20, proponía un Sistema Nacional de Salud y las líneas maestras para la transformación de la asistencia psiquiátrica. El modelo era comunitario y desinstitucionalizador con una total

integración de la Salud Mental en la sanidad general. La Ley permitió el desarrollo de programas asistenciales en la Comunidad, y la institución de una red asistencial de dispositivos: Centros de Salud Mental, como eje central, Unidades de Agudos en hospitales generales, Hospitales de día, Unidades de Rehabilitación y Programas de coordinación con Atención Primaria.

FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA DE LAS “CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS DE IBIZA” (MADRID) Y DE LA TRANSFORMACIÓN EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN LOS 70

Doce años antes del documento de la reforma psiquiátrica en España, en Madrid, en 1973, se crea un dispositivo nuevo, el hospital de día ubicado en las clínicas psiquiátricas de Ibiza de la Comunidad de Madrid, dirigido por Enrique González Duro. Aquella experiencia fue una alternativa pionera en la asistencia psiquiátrica de nuestro país, como señala Huertas (19) y en el que tuve la suerte de participar desde 1974, pero también sufrir la reproducción de algunos funcionamientos autoritarios. Tomé la decisión de realizar mi formación en el hospital de día porque esta experiencia permitía una visión muy diferente en la atención a las problemáticas de la denominada “enfermedad mental”; un término que debería haber quedado obsoleto para nuestro campo. En aquellos años en los que no existía una formación regulada de la especialidad en Psiquiatría, y el hospital de día ofrecía una atención distinta a

la asistencia manicomial. El hospital de día funcionaba como una comunidad terapéutica, ofrecía un tratamiento que permitía al paciente residir en su propia vivienda y en la comunidad, al regirse por la integración y no la exclusión de las personas que padecían estos sufrimientos. Nuestro interés y deseo fue aprehender a tener una relación más comprensiva y humana con los pacientes psiquiátricos, y el funcionamiento comunitario nos permitía establecer relaciones más terapéuticas con los pacientes.

El hospital de día fue pionero en nuestro país, junto al dirigido por Esteban Acosta en la Cruz Roja, un modelo que seguía los principios de la Comunidad Terapéutica y de la Antipsiquiatría. Atendía a más de 30 pacientes, en su mayoría jóvenes, en un reducido espacio a la entrada de las clínicas psiquiátricas, tres aulas, en la planta baja. La institución hospitalaria mostraba su ambivalencia hacia esta experiencia en dos emergentes: el ofrecimiento de un espacio mínimo para el número de pacientes a atender, y los escasos profesionales contratados: un psiquiatra y dos/tres enfermeras, según el momento. A pesar de estas insuficiencias, este hospital de día se convirtió en un Centro de referencia para “otro modo de hacer” en la asistencia psiquiátrica de aquellos años en nuestro país. En el objetivo de lograr relaciones menos jerarquizadas y más horizontales, todos los profesionales trabajábamos sin bata blanca.

En aquellos años de mediados de los 70, esta novedosa experiencia nos permitió aprehender una perspectiva muy diferente de la locura. Al ser un espacio tan reducido, convivíamos muy cerca de los pacientes y de la locura, incluso físicamente. Participábamos

en grupos comunitarios y psicoterapias grupales diariamente, y también algunos realizábamos terapias individuales; por la falta de espacio, estas terapias se realizaban simultáneamente en la misma sala donde se realizaban las sesiones clínicas diarias. Los terapeutas nos sentábamos junto a los pacientes, uno al lado del otro, sin espacio físico entre ambos. En estas precarias condiciones aprendimos otro modo de relación y vinculación con el paciente, una relación a años luz de los tratamientos realizados en aquella época por los psiquiatras académicos, por las instituciones manicomiales, y por las consultas ambulatorias de neuropsiquiatría. En los grupos comunitarios, terapéuticos, y en las terapias individuales aprendimos la importancia de la horizontalidad en la relación terapéutica entre profesional y paciente. Era una distancia muy distinta a la jerárquica habitual en la que el paciente se sentía cosificado y tratado como un objeto.

La organización del hospital de día era grupal, se basaba en una multiplicidad de espacios grupales entre profesionales y pacientes: grupos comunitarios, grupos psicoterapéuticos, grupos familiares, psicodramas, grupos de psicopintura, grupos de relajación, y también psicoterapias individuales. Por otro lado, los profesionales también participaban en variados espacios grupales: reuniones de equipo, sesiones clínicas diarias y reuniones autocríticas semanales. La experiencia en el hospital de día nos sirvió para curtirnos en “lo grupal” y en las prácticas psicoterapéuticas grupales, estábamos en grupos durante toda la jornada laboral.

Estuve tres años en el hospital de día, en dos períodos: en el primer año y medio me

preocupé de vivir la experiencia y leer por mi cuenta, aunque teníamos sesiones clínicas diarias, echábamos en falta seminarios de formación teórica. Por ello, en mi segundo período fue fundamental la participación en los grupos de formación con Armando Bauleo, psiquiatra, psicoanalista y grupalista, y maestro en la clínica de Pichon Rivière. Con Bauleo en esos años y, a lo largo de varios años, participamos en seminarios de Psicoanálisis, dos veces a la semana, y en otro grupo semanal sobre Teoría de los Grupos Operativos. La posibilidad de combinar la experiencia clínica en el hospital de día con la teoría fue muy importante, porque además el aprendizaje grupal operativo nos permitía integrar la teoría y la práctica, y el pensamiento-afectación. Una perspectiva teórica y clínica que además nos permitió la comprensión y una nueva lectura de las contradicciones que vivíamos en la práctica institucional. En estos grupos de formación aprendimos a observar con otra mirada los síntomas, las psicopatologías y los diagnósticos, y comprender que el diagnóstico psiquiátrico funcionaba como exclusión, y cosificación del paciente.

La formación con Armando Bauleo, Armando Ingala y Marta de Brasi, que habían venido a España en esos años, exiliados de Argentina, fue fundamental para atravesar la formación como psiquiatra y psicoterapeuta individual y grupal, y ejercer como profesional en los Servicios de Salud Mental (SSM). Las experiencias prácticas y teóricas de aquellos años nos iniciaron y permitieron aprehender “otra” teoría del sujeto, del grupo y de las instituciones. Esta

formación teórico-práctica y clínica fue muy significativa porque nos permitió posicionarnos de otra manera en las intervenciones y tratamientos. La formación psicoanalítica y grupal nos permitió aprender la escucha y lectura analítica de los pacientes y una mejor implicación y distancia terapéutica. La clínica pichoniana nos ofreció los instrumentos teóricos, aprendimos una de sus ideas centrales: “el enfermo como portavoz y emergente del grupo familiar”. Una idea que leímos después en González Duro: “la locura es un fenómeno humano, familiar, microsocioal o social, algo que sucede en uno, pero que realmente ocurre entre varios, y que emerge como consecuencia de las contradicciones conscientes o inconscientes..., de ahí que se precise una Psiquiatría para comprender las locuras de la gente” (20).

La relevancia de las actividades comunitarias, de las grupales y de las psicoterapias de grupo que aprendí, posteriormente las implementé con Amando Pascual Lázaro y Asterio Ruiz Sánchez en el hospital psiquiátrico de Arévalo, Ávila, con más de 600 pacientes internadas. Unas actividades grupales que fueron apoyadas por la institución, representada por el jefe de servicio, el Dr. Madariaga, y los dos jefes clínicos Ortiz Trifol y Castro del Pozo. Realizamos una mejor organización de las pacientes internadas en los diferentes pabellones, e iniciamos actividades grupales con distintas tareas orientadas a instituir una institución más terapéutica para las pacientes. En el psiquiátrico realizábamos a diario, a primera hora de la mañana, un grupo grande comunitario en cada pabellón, para después continuar con grupos psicoterapéuticos

semanales con las pacientes. Y, asimismo, con otros grupos centrados en diversas tareas: lectura de periódicos, pintura, relajación, paseos en grupo, etc. Estas actividades intrahospitalarias las combinábamos con otras a nivel extrahospitalario, como las salidas de las pacientes internadas al pueblo, y las charlas comunitarias en la Casa de la Cultura. Organizamos un programa de información-formación sobre temas en relación: a la salud y a la “enfermedad mental”, los diferentes cuadros clínicos, las adicciones, el alcoholismo... En estas charlas y debates se cuestionaban muchas de las creencias existentes en el campo de la Salud Mental y se reflexionaba sobre las causas psicosociales del enfermar. Estas actividades dirigidas a la comunidad, que incluían espacios posteriores de debate, se destinaban también para ofrecerles visitas al hospital, para que pudieran participar en algunas actividades intrahospitalarias (teatro, baile...).

CRÍTICA AL “HOSPITAL DE DÍA DE GONZÁLEZ DURO”

Después de reconocer el aprendizaje significativo que realicé en el hospital de día de Ibiza, en Madrid, y mi activa participación en las diversas intervenciones y terapias realizadas en los diferentes ámbitos: individuales, grupales, familiares, psicodrama, grupos comunitarios, sesiones clínicas, etc., deseo cuestionar algunos aspectos. Para esta crítica aprovecho el cuestionamiento de Baldiz Foz (21), un psiquiatra catalán que realizó una estancia de un mes en aquellos años en el hospital de día. El autor, al final del artículo, después de mostrar el interés de

esta experiencia, señaló: “en este hospital de día, el lado negativo, o al menos peligroso, era la estructura grupal, tenía una modalidad pasivo-dependiente con un líder que no podía permitirse tener fisuras”. Para pensar esta crítica es preciso recordar de nuevo el momento histórico, 1974, momentos finales de la dictadura franquista, con funcionamientos jerárquicos en todas las instituciones, y en las sanitarias en particular.

Es preciso analizar la situación de una manera más amplia, ya que no se trataba sólo de una estructura grupal dependiente, al decir de González Duro y Baldiz. El efecto de la subjetividad de los profesionales voluntarios la considero una variable de menor influencia, pienso que esta estructura dependiente era emergente de muchos factores, entre ellos, señalar dos: el contexto y el tipo de liderazgo. Era una época en la que no se escuchaba la palabra de los pacientes y tampoco la de los profesionales, lo que no quiere decir que no se dieran excepciones particulares. Una época histórica en la que los modos de relación y vinculación eran autoritarios y, por tanto, predominaban las relaciones de dominio y sometimiento. Al mismo tiempo un momento histórico en el que la formación y especialización en Psiquiatría no estaba regulada, la formación de los médicos internos y residentes, por vía MIR, no existía. El primer examen para especializarse en España por vía MIR se convocó en el año 1978. La preparación para este examen fue el motivo de mi marcha del hospital de día, a finales de 1978, una decisión que no llevó a una separación sino sorprendentemente provocó una ruptura muy dolorosa.

El equipo del hospital de día estaba constituido por dos/tres enfermeras y un psiquiatra contratados; el psiquiatra y una de las enfermeras ejercían los roles de liderazgo. El psiquiatra estaba a tiempo parcial en el hospital de día, tres mañanas completas y una tarde dos horas para dirigir el psicodrama; las otras dos mañanas, en gran parte, las tenía que dedicar a la consulta externa del hospital. Esta carencia de personal posicionó al equipo de voluntarios, profesionales de diferentes disciplinas: medicina, psicología, asistentes sociales, etc., en un lugar fundamental en la realización del proyecto. Éramos muy jóvenes para comprender la subjetividad, propia y ajena, las dinámicas de los grupos e instituciones, y el mundo de la enfermedad y de la locura. Se trabajaba a diario, en largos horarios, sin honorarios, y con un total compromiso; como dice Baldiz, en horarios oficiales, desde las 9.00 h. de la mañana a las 18.00 h., aunque realmente las jornadas eran mucho más prolongadas. Los horarios, algunos días, podían ser de 9 de la mañana a 9 de la noche, al terminar el horario del hospital se organizaban reuniones formales o informales en la cafetería “Samoa”, enfrente del hospital, para comentar lo sucedido durante el día; encuentros a los que se incorporaba González Duro, que vivía al lado del hospital y se acercaba a la reunión.

La total disponibilidad de los voluntarios en el hospital de día puede observarse en un emergente: las jornadas laborales de los viernes; al final del día, después del trabajo semanal, se participaba en una reunión denominada “autocrítica” que duraba hasta altas horas de la madrugada en la casa de González Duro. Estas reuniones tenían el

objetivo de reflexionar sobre las vicisitudes acontecidas en la semana, la idea era que, a través de la autocrítica, se analizaran los errores y obstáculos que impedían una mejor práctica clínica. Estas reuniones, en algunas ocasiones, eran inquietantes porque este “objetivo ideal” se transformaba en la búsqueda de “chivos expiatorios”, sobre todo, en las situaciones grupales en las que se daban diferencias y discrepancias. En aquellos años no sabíamos de las dificultades para la elaboración de las diferencias en todos los grupos, tampoco sobre las problemáticas de los liderazgos, ni sobre la angustia que se produce cuando se dan situaciones que no pueden simbolizarse.

Es evidente que las dificultades no sólo eran de los voluntarios, el líder también tenía sus propias carencias, y aunque Baldiz afirmara que “los voluntarios querían ver al líder sin fisuras...”, personalmente invertiría dicha afirmación: “el líder precisaba ser idealizado”. Una idealización derivada de las propias condiciones laborales, históricas y de la nula formación reglada de psiquiatras y profesionales de aquella época. Era evidente que, si queríamos formarnos en el hospital de día teníamos que reconocer el liderazgo y la dependencia de Duro, y también su ambivalencia. En su libro “La distancia a la locura” (22), en la página 19, el autor muestra esta ambivalencia hacia los voluntarios: recuerda a las personas que han estado en el hospital de día, colocando los nombres de pacientes y profesionales entremezclados, y nombrando a la mayoría por el nombre sin apellido o por el apodo. Con la paradoja de que a algunos profesionales con estancias breves en el hospital les nombrara con sus apellidos.

En el inicio de la página 188 muestra esta ambigüedad: “el personal voluntario fue fundamental para el funcionamiento del hospital de día..., pero ha de tener en el equipo forzosamente un estatus diferente al de la plantilla profesionalizada”. Nos preguntamos: ¿cómo interpretar esta afirmación?, ¿no es paradójico que reivindicó el estatus de los contratados, cuando tenían un contrato laboral, cobraban, y eran reconocidos institucionalmente?, ¿era preciso reivindicar el estatus de los contratados cuando las diferencias en formación, experiencia, edades, y contratos eran tan significativas, y cuando los liderazgos y decisiones eran de los contratados? Sus palabras son contradictorias en otros pasajes, subraya la falta de formación de los voluntarios, para después decir: “algunos voluntarios son desviacionistas, individualistas y acrílicos, con amplia experiencia y sólida formación teórica”. Por otro lado, en el análisis de los motivos de las rupturas y abandonos de los voluntarios es muy claro: “se confrontaban con los principios del hospital de día”.

Un último ejemplo para mostrar la ambigüedad es el siguiente: junto a dos compañeros que habíamos estudiado la carrera de Medicina en ese hospital, intentamos obtener un certificado de reconocimiento del director del hospital general de nuestro trabajo en el hospital de día. Nos reunimos con el Jefe de Servicio de las Clínicas Psiquiátricas, el Dr. Zanón, para que apoyara y transmitiera nuestra petición a la dirección médica del hospital general. Tuvimos dos entrevistas en las que nos hizo preguntas sobre nuestra tarea, le mostramos que nuestra participación era

imprescindible para el funcionamiento diario del hospital de día. Pasadas las semanas constatamos que no íbamos a tener ningún apoyo de los “jefes”, suponemos que, por diferentes motivos, entre ellos, la falta de interés en la experiencia del hospital de día, y el desinterés en una formación psiquiátrica que no pasara por el ámbito académico. Llama la atención que, en un momento de arbitrariedad en la concesión de las plazas, nuestra total disponibilidad durante años no mereciera ni siquiera un papel, ni el mínimo reconocimiento administrativo del hospital.

Muchos años después de esta experiencia intensamente vivida en el hospital de día, deseo insistir, en que se precisen circunstancias laborales que permitan el buen ejercicio de los diferentes roles profesionales, y la formación de equipos dotados con coordinadores bien formados en teorías y técnicas grupales. Solo de esta manera, los centrales mecanismos de identificación que estructuran a los grupos se realizarán en base a la tarea y no al líder. Sabemos que las contradicciones no resueltas y las ambigüedades del coordinador incrementan los mecanismos de defensa y resistencia en los miembros del equipo, y los funcionamientos en “supuesto básico” que describiera Bion, tanto en relación a la dependencia, como a la agresividad y a la sexualidad. Tenemos que promover el trabajo en equipo porque de este objetivo depende la eficacia y eficiencia de la institución, sabemos que, si se da una ambigüedad en el líder se intensifican los mecanismos de represión, negación, idealización y rechazo. Y también otros mecanismos específicamente grupales, los

de “deposición y segregación”, que fueron descritos por Pichon Rivière y se ponen en juego siempre que el grupo se enfrenta a situaciones que generan angustia y no pueden ser elaboradas.

Terminaré con un reconocimiento especial a mis compañeros y a los pacientes. Considero que las relaciones de horizontalidad entre los profesionales voluntarios fueron fundamentales para afrontar las dificultades. Estos obstáculos generaron cohesión y solidaridad en el grupo generando grupalidades que permitieron ir afrontándolos y centrarse en la tarea. La relevancia de esta tarea nos permitió funcionar como “grupo de trabajo”, aunque en los momentos más complejos y de resistencia emergieran los “supuestos básicos de dependencia” y “ataque y fuga”. Aprendimos los emergentes de estas resistencias al cambio: alianzas, rivalidades, competencias, luchas de poder, exclusiones, rupturas, y sufrimientos subjetivos. Unos emergentes grupales que posteriormente también hemos padecido en los disfuncionamientos de algunos Centros de Salud Mental en los que hemos trabajado.

Por otro lado, quiero mostrar mi reconocimiento a los pacientes, que fueron muy pacientes con nuestros desconocimientos y carencias, aunque los tratáramos de suplir con nuestro amor y compromiso y con el deseo de saber y ayudar. Finalmente, mi especial reconocimiento a aquellos pacientes del hospital de día que participaron en la organización del grupo “Colectivo Psiquiatrizados en lucha”. Un movimiento que tuvo un papel muy importante en las movilizaciones internacionales para una mejora de la asistencia psiquiátrica en

aquellos años. Agradezco los esfuerzos que realizaron para mejorar la atención psiquiátrica y, asimismo, algunos de sus textos, como los de la Revista *Ajoblanco*, que he citado en las referencias bibliográficas.

SER MUJER Y PSIQUIATRA EN LOS SETENTA

González Duro (22) hace referencia a la movilidad de los voluntarios, pero se le olvidó señalar que algunos sí estuvimos un período largo. En aquellos años, obtener una plaza de psiquiatra era difícil y, más aún, si se era mujer, de ahí que prolongara el tiempo en el hospital de día. Mi situación personal es emergente de las dificultades y arbitrariedades en la adquisición de las pocas plazas de psiquiatra que salieron en esos años en Madrid. Me presenté a tres plazas, dos me fueron denegadas por ser mujer. La primera, en Ciempozuelos, el director del hospital, que aparentemente era progresista, me la denegó con el argumento de que habían tenido “una mujer psiquiatra muy rara que se encerraba en su habitación”, y después de dar estas razones, dio por terminada la entrevista sin escucharme. La denegación de la segunda plaza fue por el mismo motivo, ser mujer. En el antiguo hospital Alonso Vega, hoy Rodríguez Lafora, me ofrecieron una plaza, y cuando creí que iban a dármela, se la dieron a un hombre psiquiatra del PSOE, que al obtenerla me reconoció que tenía menos currículum. El argumento que me dieron fue que “él era un hombre casado”, no hubo mayor razonamiento; aunque ambos estuviéramos casados y ninguno de los dos tuviéramos hijos.

La plaza de psiquiatra del hospital de Arévalo sí me la concedieron, pero me preguntaron si era casada, y aunque si lo estaba, tuve que negarlo por temor a no conseguirla. Un tiempo después, ya incorporada, el psiquiatra que me entrevistó me preguntó que, por qué había dicho que no estaba casada, le devolví el interrogante y le pregunté que por qué me lo había preguntado. No me respondió y se sonrió, luego pudimos comentar que estar casada no era un criterio de selección para obtener una plaza de psiquiatra, y que el temor a ser excluida del puesto de trabajo fue el motivo de la negación. Supongo que estos ejemplos podrían haber sido relatados por muchas mujeres profesionales... Yo he decidido hacer referencia a estos hechos porque, aunque sea algo muy personal, quería mostrar la arbitrariedad de aquella época, más si se era mujer. En aquellos años, las mujeres éramos trabajadoras de segunda categoría, una variable que generaba mayor dependencia en las situaciones laborales.

DE LA COORDINADORA PSIQUIÁTRICA A LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)

Manuel González de Chávez, en un texto titulado, “La generación de la democracia: de la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría” (23), relata que la “Coordinadora Psiquiátrica” se fundó en los últimos años de la dictadura franquista, a inicios de los 70. Se había conformado por numerosos psiquiatras, a los que posteriormente se unieron otros profesionales de la salud mental progresistas y

críticos con la psiquiatría asilar y académica. También Víctor Aparicio (24) señala que la Coordinadora fue creada con el objetivo de mejorar las penosas condiciones de la asistencia psiquiátrica en España, por la que denominó “generación rupturista del 72”; que estableció relaciones con numerosos movimientos de profesionales progresistas europeos, sobre todo, de Inglaterra, Italia y Francia. La Coordinadora fue protagonista de las luchas psiquiátricas de aquellos años, los profesionales que la constituyeron formaban parte de la AEN, de ahí que la Coordinadora se disolviese cuando la candidatura progresista ganara las elecciones en 1977. Si bien es cierto que, algunos profesionales, como Ramón García, se organizaran en otros movimientos como “El Colectivo Crítico de SM”.

La AEN ha sido la Asociación profesional que mejor ha reflejado los cambios sociales y psiquiátricos sucedidos en nuestro país. Unos meses antes de la refundación de la AEN asistí a unas Jornadas en marzo de 1977, González de Chávez nos recuerda estas Jornadas celebradas en el Colegio de Médicos de Madrid, en las que se debatió y reflexionó sobre la posición de la Coordinadora ante la AEN. El texto titulado: “Los psiquiatras progresistas ante la Asociación Española de Neuropsiquiatría” y el libro “Alternativas a la asistencia psiquiátrica”, que editó la AEN, fueron la síntesis de estas Jornadas. El libro contenía un trabajo de González de Chávez titulado: ¿Qué significa despsiquiatrizar?, cuyas últimas palabras muestran el punto de inflexión: “la búsqueda de una alternativa psiquiátrica y no antipsiquiátrica”.

Unos meses después, septiembre de 1977, en el Congreso de la AEN en Sevilla, la candidatura propuesta por los psiquiatras progresistas ganó las elecciones, iniciándose una nueva historia dentro de la AEN y, por tanto, en la historia de la asistencia psiquiátrica de nuestro país. La AEN, en esa fecha, se refunda y se transforma de nuevo en una Asociación profesional comprometida con la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica, como lo fue en su creación en 1924. Esta nueva AEN protagonizará los procesos de la Reforma Psiquiátrica en nuestro país, constatándose como un instrumento muy eficaz, ocupando el liderazgo en las transformaciones más importantes de la asistencia psiquiátrica. Los compañeros progresistas de la Coordinadora ocuparon las funciones relevantes en las primeras Juntas Directivas y tuvieron un papel importante en la transformación de la AEN. Desde 1977 hasta el 2000, los presidentes de las primeras Juntas Directivas fueron: Valentín Corcés, Manolo González de Chavez, José García González, Víctor Aparicio, Paco Torres, Manolo Desviat, y Mariano Hernández Monsalve. Personalmente participé en las Juntas Directivas en las que fueron presidentes Víctor Aparicio y Paco Torres, de 1986 a 1993, la última etapa en el lugar de la Secretaría General. En este período, la AEN se abrió a otros profesionales y disciplinas: psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales..., de ahí que posteriormente se ampliara el nombre: AEN-PSM (profesionales de la salud mental).

Deseo nombrar algunos de estos psiquiatras progresistas y me disculpo si, por olvido, no cito a todos los que estuvieron. Recuerdo a

los que fueron protagonistas y compañeros en la refundación y desarrollo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) desde 1977: Tiburcio Angosto, Víctor Aparicio, Teresa Capilla, Valentín Corcés, Fernando Colina, Luis Doria, Manuel Desviat, Antonio Espino, Alberto Fernández Liria, José Fábregas, Miguel Ángel García Carbajosa, José García González, Sergio García Reyes, Ramón García, José Manuel García de la Villa, Emilio Gamo, Alfonso García Ordás, Manuel Gómez Beneyto, Fernando Gracia, Onésimo González, Manolo González de Chávez, Enrique González Duro, Ladislao Lara, Javier Montejo, Montoya Rico, Marcelino López, José Luis Pedreira, Víctor Pedreira, Javier Pérez Montoto, Guillermo Rendueles, Enrique Rivas, Alicia Roig, Carmen Fernández Rojero, Asterio Ruiz, Carmen Sáez, Teresa Suárez, Francisco Torres, Enrique Rivas, Francisco Yanes... En estos procesos de cambio participaron también muchos compañeros psicólogos, entre ellos: Miguel Anxo, M^a Eugenia Díez, Consuelo Escudero, Juan Carlos Duro, Marisol Filgueira, Mar Goñi, Mariluz Ibáñez, Emilio Irazábal, Margarita Laviana, José Leal, Lola Lorenzo, Begoña Olabarría, Violeta Suárez, Federico Suárez, Felipe Vallejo, Rosina Vignale, entre otros.

Otra figura, también miembro de la AEN, que no participó en estos últimos procesos, fue Carlos Castilla del Pino, psiquiatra que planteó otro modelo de atención y se significó en la labor de formación de los residentes. En su teoría y clínica incorporó las variables sociales en el enfermar y se interesó por las aportaciones de otras teorías, entre ellas, la psicoanalítica. En su larga

trayectoria publicó numerosos libros, uno de ellos leído en aquellos años por amplias capas de la población: “Un estudio sobre la depresión” (25).

Finalmente, no quisiera olvidar otros pioneros en los 60, los primeros que trabajaron en la primera comunidad terapéutica con una teoría psicoanalítica en nuestro país. Me refiero a los fundadores del Instituto-clínica de Psicoterapia “Peña Retama”, dirigido por el Dr. Molina Núñez, con la cooperación de Esteban Acosta, Antonio Campoy, Antonio de la Nuez y Alejandro Gállego, entre otros. Gállego, desde 1971, será quien dirija el Instituto Psicoanalítico de Madrid, de Mejía Lequerica.

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: HOY

En 2023, casi 40 años después del Documento de la Reforma Psiquiátrica, “la medicalización del sufrimiento de la población” es un emergente fundamental de la grave situación de crisis que atraviesa el campo de la Salud Mental (SM). Es un emergente social, efecto de una sociedad capitalista con valores cada vez más individualistas, que promueve una creciente intolerancia a los afectos y transforma las problemáticas y conflictos del sujeto en enfermedades mentales. Una sociedad que promueve el paradigma biomédico negando, psicopatologizando y psiquiatrizando la angustia y la depresión, dos afectos fundamentales en la vida de los sujetos.

Esta crisis estructural en el campo de la SM nos obliga a repensar los paradigmas de la Psiquiatría y Psicología actualmente

vigentes, y a intentar investigar paradigmas alternativos para los SSM de nuestro país. Estas carencias son señaladas por Desviat (26): “no existe un paradigma teórico en la Psiquiatría actual, el modelo de la Psiquiatría dinámica y social fue perdiendo vigencia a partir de los años 80, en beneficio del reduccionismo biológico”. Pero, es preciso rescatar también que, en la década de los 80 y hasta casi finales de los 90, se realizaron experiencias muy interesantes en nuestro sector, transformaciones que pudieron realizarse por el cambio político dado en nuestro país.

Mientras que la medicalización ha crecido exponencialmente por los intereses de las empresas farmacéuticas en las últimas décadas, las psicoterapias en los SSM no han podido situarse en la posición que les corresponde. Las psicoterapias individuales, ofrecidas en los Centros de Salud Mental, se han realizado con encuadres muy precarios o, peor aún, sin encuadres definidos, lo que junto a los psicofármacos ha incrementado la cronificación de las psicopatologías. A pesar de conocer los mejores resultados de las psicoterapias respecto a los psicofármacos, se han tomado decisiones irresponsables en el tratamiento de las problemáticas de SM (como muestran los estudios realizados por las Asociaciones mundiales de Psiquiatría y Psicología en los últimos años). Además de privilegiarse las terapias cognitivo-conductuales y desvalorizar las psicoterapias psicoanalíticas.

La psicoterapia es la estrategia más conveniente para los SSM, como evidencia un proyecto de investigación en nuestro país de 2016, en el que se afirman los buenos resul-

tados de la psicoterapia en los trastornos mentales graves (27). Para su mejor comprensión los he agrupado en tres apartados, y sus conclusiones podrían generalizarse para la mayoría de los cuadros psicopatológicos:

1. Los costes individuales, familiares y sociales de las enfermedades mentales graves son muy altos (el más destacable, la mayor mortalidad).
2. Los tratamientos intensivos, en el inicio de la enfermedad, son esenciales para mejorar el pronóstico (mayor insight y menor estigma social).
3. El tratamiento con psicofármacos con frecuencia es ineficaz y supone un coste económico muy alto y en ascenso, y además algunos efectos secundarios no se diferencian de los síntomas que produce la enfermedad.

La Psiquiatría Comunitaria fue revolucionaria en la atención a los pacientes psiquiátricos, pero en las últimas décadas volvemos a ser testigos de cómo los poderes sociales y profesionales vuelven a priorizar y promover el paradigma biomédico. Los emergentes son numerosos: el largo deterioro de la asistencia, el colapso de los SSM, la impotencia-desesperación de los profesionales de SM, la priorización de los tratamientos psicofarmacológicos y el deterioro de los psicoterapéuticos, las falsas confrontaciones entre dos paradigmas (los psicofármacos y la psicoterapia), etc. Los debates entre detractores y defensores han sido dilemáticos, no han tenido en cuenta la realidad de los hechos, los psicofármacos han prevalecido por criterios ideológicos y económicos y, poco a poco, se ha ido rele-

gando el sufrimiento de pacientes y profesionales. Las conclusiones de las Asociaciones Científicas se han obviado: “la psicoterapia ha de ofrecerse en todas las problemáticas y psicopatologías leves y moderadas, y combinada en las graves y algunas patologías moderadas”. En la actualidad los criterios de intervención no los marca la clínica, ni la demanda de los pacientes, ni los recursos institucionales.

Es incuestionable la gran utilidad del psicofármaco para disminuir la angustia y el sufrimiento del enfermo; sabemos que los psicofármacos son de gran valor, si la indicación es pertinente y a las dosis menores posibles, y que han de ser tratamiento coadyuvante en las psicopatologías graves, algunas moderadas, y tener un uso puntual en el resto de las psicopatologías. Hemos de ser conscientes de que la potente industria farmacéutica mundial se ha encargado de promocionar y potenciar el consumo de psicofármacos, ocultando y denegando las evidencias de la eficacia y eficiencia de algunas psicoterapias (28). Los pacientes y profesionales han de tomar conciencia de que la economía y las políticas sanitarias determinan las creencias sociales acerca de los procesos del enfermar, y deciden las políticas del curar, es decir, los modelos de clínica y las prácticas terapéuticas.

Hemos de cuestionar seriamente algunos términos de nuestro campo, empezando por el de “enfermedad mental”/“trastorno mental”, al ser una forma de nombrar que oculta los intereses ideológicos, económicos y políticos señalados. Cuestionar aquellas denominaciones que promueven interpretaciones de causas que sean ajenas a la vida

cotidiana, que sean de origen biológico y requieran intervenciones farmacológicas. Debemos tener claro que estos términos y orígenes son claramente ideológicos y que tienen la función de velar la realidad del enfermar. Debemos repensar las estrategias psicoterapéuticas, sobre todo, las grupales, y realizar investigaciones multicéntricas que evidencien las causas psicosociales, las problemáticas reales de los sujetos y los conflictos subjetivos e intersubjetivos. Este diferente posicionamiento nos ayudará a privilegiar otros paradigmas para la clínica en los SSM, como es la clínica grupal, y nos ayudará a eludir la salida fácil y costosísima de los psicofármacos.

Tenemos mucha experiencia y evidencia de que las psicoterapias de grupo, pareja, familia y multifamiliar son instrumentos psicoterapéuticos de gran eficacia y eficiencia, y de ahí nuestra insistente propuesta desde hace años (29,30). La hipótesis de que la psicoterapia individual tiene mejores resultados que la psicoterapia grupal no puede sostenerse en la actualidad; la clínica grupal, las psicoterapias de grupo, al posibilitar encuadres semanales, evidencian sus ventajas frente a las psicoterapias individuales en los SSM. Los grupos psicoterapéuticos además tienen otros “plus”, de los que remarcaremos dos, relativos a la eficacia y la eficiencia:

1. La eficacia para abordar y transformar las relaciones intersubjetivas y los vínculos patógenos que están en el origen de los procesos del enfermar y del curar de los pacientes.
2. La eficiencia para atender un alto número de pacientes y evitar el colapso asistencial

con menos recursos profesionales (en una hora/hora y media, un profesional puede atender a 10-15 pacientes y en grupos más amplios, en las estrategias psicoterapéuticas multifamiliares y en los grupos comunitarios en las unidades de hospitalización y hospitales de día).

La psicoterapia de grupo, además de tener gran potencia terapéutica, posibilita ofrecer tratamientos psicoterapéuticos a la mayoría de la población, además de facilitar el insight y mejorar el pronóstico de los pacientes, disminuye la cronificación de las psicopatologías y promueve la disminución del estigma social. Y, por otro lado, a diferencia de los tratamientos biológicos que producen efectos secundarios, estas estrategias psicoterapéuticas grupales no los producen, si hay una formación pertinente de los profesionales.

UNA CLÍNICA PARA LOS SSM: LA “CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA”

La revista que dirige Víctor Aparicio es emergente del esfuerzo de muchos profesionales que continúan la lucha por una Psiquiatría/Psicología Social y Comunitaria que siga promoviendo los procesos de transformación y cambio que precisa la Salud Mental de nuestro país. Hemos transitado por diferentes teorías: la Psiquiatría clásica, la Antipsiquiatría y la Psiquiatría Comunitaria; por diversos dispositivos: el hospital psiquiátrico, las consultas neuropsiquiátricas y los Centros de Salud Mental; y también por la Asociación de profesionales,

la AEN, una de las principales protagonistas de la reforma psiquiátrica. Ahora me referiré a nuestra andadura por el Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal (CIR) y, sobre todo, a una gran teoría para la clínica en los SSM públicos: la Clínica Grupal Operativa (CGO), con dos bases epistemológicas fundamentales, la teoría psicoanalítica, y la dialéctica.

Hemos señalado algunos autores pioneros de nuestra historia: Moreno, Simmel, Bion, Foulkes, por otro lado, Maswell Jones, Tosquelles y, otros más recientes como Laing, Cooper, Bateson, Caplan, Basaglia, Castell, Jervis, entre otros. No podemos citar a todos aquellos que en nuestro país cuestionaron las formas de tratamiento asilares y propusieron cambios para pensar los padecimientos psicosociales, la clínica psicosocial, en palabras de Scherzer. Sabemos que para trabajar en una clínica en los SSM hemos de conocer la historia de las teorías y prácticas en el campo de la SM, y conocer la influencia de la época en la constitución de la subjetividad, para identificar lo específico de la nueva época. Como profesionales hemos de interrogarnos acerca de cómo se enferma, por qué, y cuáles son las nuevas formas del enfermar e implementar nuevos dispositivos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, análisis de la demanda y estrategias de tratamiento. Precisamos reflexionar sobre las causas biopsicosociales implícitas en el enfermar, conocer bien la psicopatología, y realizar diagnósticos que realmente ayuden, que no cosifiquen al sujeto ni le paralicen, es decir, que sean “diagnósticos situacionales”.

Seguir desarrollando los principios de la Psiquiatría Comunitaria y organizar

proyectos de cambio requiere de cara al futuro, nuevos instrumentos teórico-técnicos-metodológicos-clínicos que lo posibiliten. La Clínica Grupal Operativa (CGO), orientada en los principios psicoanalíticos y operativos grupales, creada por Pichon Rivière, psicoanalista, grupalista y psiquiatra social, ha resultado de gran eficacia y eficiencia. Su metodología revolucionaria y la ética que lleva implícita se extendió en Latinoamérica y diversos países europeos. Su amplia perspectiva posibilita comprender en la relevancia del síntoma, la subjetividad y su grupalidad, y también investigar las situaciones traumáticas y posibles violencias y abusos que puedan estar en el origen del enfermar. Por tanto, es una clínica que logra la articulación entre subjetividad y grupalidad, entre lo intrapsíquico intersubjetivo, y el contexto del enfermar que siempre es social y comunitario, es decir, junto a otros.

Es una clínica que permite promover nuevos dispositivos y metodologías para realizar el análisis de la demanda, de los diagnósticos, observar las formas nuevas y no nuevas del enfermar, y abordar su tratamiento. Posibilita crear dispositivos novedosos para los SSM, como los que intenté implementar hace años: los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica”, que abreviadamente he denominado “GEDIT”. Estos espacios se constituyen por grupos pequeños de pacientes coordinados por dos profesionales, que rotatoriamente se encargan de coordinar y observar; y que pueden ser óptimos para la formación de los residentes. El coordinador se encargará de la coordinación del grupo y de enunciar la tarea: hablar del motivo de consulta, de los síntomas, desencadenantes,

antecedentes y conflictos. El observador, a su vez, recogerá los dichos de los pacientes, sobre todo, aquellos síntomas, acontecimientos, emergentes, discursos e historias que permitan realizar después la evaluación sintomatológica, psicopatológica, conocer los modos de vinculación del sujeto y la demanda subjetiva, con el objetivo de hipotetizar un diagnóstico situacional. En esta valoración es precisa también la evaluación de las fantasías de enfermedad, tratamiento y curación, con el objetivo de realizar indicaciones terapéuticas en función de la subjetividad, grupalidad, y demanda subjetiva. Las indicaciones terapéuticas posibilitarán derivaciones a encuadres más o menos breves de psicoterapia grupal, psicoterapia familiar, multifamiliar, de pareja y, en circunstancias claramente indicadas, a tratamientos de psicoterapia individual. Otros casos se derivarán a tratamientos psicofarmacológicos y de apoyo, con encuadres definidos y proponiendo encuadres prolongados en los graves. Sabemos que estos tratamientos psicofarmacológicos son más eficaces si se realizan en grupo y que estos grupos de apoyo farmacológico estabilizan mejor la enfermedad psicótica que los tratamientos individuales.

Si en las entrevistas GEDIT la consulta se ha resuelto o se aprecia que no hay demanda del sujeto se podrá indicar el alta de los SSM, o alta con derivación a Atención Primaria y seguimientos cada 6 meses o anuales en función de la gravedad. Estas entrevistas podrán permitir elaborar conflictos puntuales subjetivos, abordar con prontitud las crisis subjetivas leves y moderadas, aliviar con psicofármacos, evitar los tratamientos

interminables, las dependencias de los SSM, las cronificaciones de las psicopatologías y el colapso asistencial que cada vez es más preocupante. Para pensar los nuevos dispositivos, instrumentos y espacios terapéuticos para desarrollar en los SSM, dos criterios son precisos a tener en cuenta: priorización de las psicopatologías graves y encuadres breves en psicopatologías de menor gravedad. En la evaluación de los procesos ha de incluirse también a los pacientes, la idea es poner en marcha estrategias psicoterapéuticas o psicosociales eficaces y eficientes para todos los implicados: pacientes, profesionales e institución.

El protagonismo activo del sujeto en el proceso terapéutico es fundamental para mejorar su estado de salud, a la que Pichon Rivière define como “adaptación activa” al medio. Pichon Rivière, en 1940, había fundado la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) junto a su analista, Ángel Garma, Mari Langer, Arnaldo Raskovsky y Ernesto Cárcamo. En aquellos años, este autor trabajó en el manicomio Borda de Buenos Aires con enfermeros y pacientes, con grupos de enfermeros con el objetivo de disminuir el maltrato asistencial y mejorar la asistencia psiquiátrica que realizaban, y posteriormente en una huelga de enfermeros, organizando grupos de pacientes y pudiendo observar su buena evolución.

Pichon Rivière fue creando la Teoría de Grupo Operativo y en los años posteriores tomó distancia de la APA e instituyó la Escuela de Psicología Social que se extendió por diversos países de Latinoamérica. Señaló que los procesos debían comprenderse en el marco grupal y comunitario,

en el grupo familiar; siendo su tesis: “el enfermo es portavoz y emergente de la enfermedad del grupo familiar”. Armando Bauleo, alumno suyo, también psicoanalista y grupalista, criticará y se separará de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y de la Internacional (IPA). Fundará el “Grupo Plataforma”, junto a otros compañeros, Langer, Pauvlosky, Kesselman, Caparrós, Rothschild, Thomas y Elisabeht Von Salis, entre otros. En su exilio europeo, introducirá la teoría y la clínica pichoniana en algunos países de Europa, y desarrollará la “Concepción Operativa de Grupo” gestada junto a Marta de Brasi, primero en España, desde la segunda mitad de los 70, y posteriormente en Italia y con menor desarrollo en París, Suiza, y Suecia. En síntesis, la CGO es una clínica grupal transferencial e institucional basada en los conceptos de la teoría psicoanalítica y grupal, que piensa los síntomas como emergentes del padecimiento del sujeto, de los conflictos en las relaciones intersubjetivas de la vida cotidiana y del grupo familiar y ofrece realmente los instrumentos teórico-técnicos-clínicos y éticos para llevar adelante una Psiquiatría Social y Comunitaria en los SSM.

DEL CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA SOCIAL Y GRUPAL (CIR) A LA SECCIÓN DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

El primer Encuentro Internacional sobre Grupo Operativo en Europa fue en Madrid, en 1979, en las “I Jornadas de la Asociación Iberoamericana de Grupo” que organicé con

Armando Bauleo. Las II Jornadas fueron organizadas por Bauleo, Marta de Brasi, Lia Lucato, Renata Folin y Lia Chinosi en 1980, en Venecia. Ambas Jornadas posibilitaron un punto de inflexión, la fundación del “Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y grupal” (CIR), en Milán, en 1981. Tuve la suerte de ser una de las fundadoras y participar en la primera Junta Directiva junto a Bauleo y Rothschild. En aquellos años muchos profesionales españoles estudiamos intensivamente la teoría del Psicoanálisis y el Grupo Operativo. Con Armando Bauleo, Marta De Brasi y Armando Ingala aprendimos las bases psicoanalíticas y dialécticas de la teoría y clínica pichoniana, unas experiencias que fueron realmente de aprendizaje porque fueron realizadas con el “dispositivo grupal operativo”.

El aprendizaje fue muy movilizador como lo fueron los momentos históricos que vivimos en aquellos años de grandes movimientos sociales, políticos, sindicales y culturales. Años muy intensos también en el campo de la SM, por los grandes conflictos en los hospitales psiquiátricos, por las luchas psiquiátricas y antipsiquiátricas de muchos profesionales, y después por las luchas de algunos colectivos de pacientes. La formación en la Concepción Operativa de Grupo (COG), en aquellos momentos, fue un gran regalo, ya que las carencias formativas de los profesionales eran muy graves, sobre todo, en lo referente a los tratamientos psicoterapéuticos psicoanalíticos institucionales. Este aprendizaje teórico-técnico-clínico fue muy importante porque nos permitió pensar y encontrar estrategias de valoración y atención a los problemas psiquiátricos y psicológicos en aquellos años posteriores

de la dictadura y también en el desarrollo de los SSM Comunitaria.

Aquellos años fueron los inicios de esta teoría en España, y varios compañeros la implementamos a través del dispositivo grupal operativo que nos permitió trabajar en la prevención primaria, secundaria y terciaria, es decir, en la prevención, terapia y rehabilitación de nuestros pacientes. Personalmente, en el Centro de Psicoterapia Grupal, junto a Susana Amilivia, realizamos grupos terapéuticos en el ámbito privado, y en el CSM grupos terapéuticos integrados por pacientes neuróticos y diagnosticados de esquizofrenia; estas últimas estrategias terapéuticas combinadas con grupos de familiares.

En el campo de la prevención primaria pusimos en marcha el primer programa integral de Psicoprofilaxis del embarazo, parto y maternidad en nuestro país, y también un proyecto con médicos de Atención Primaria. El primer programa tenía como objetivo prevenir las problemáticas más o menos graves en el vínculo madre-hijo (protovínculo y modelo de los posteriores para Pichón Rivière) (31,32), y abordar de manera articulada los aspectos biopsicosociales. El segundo proyecto se orientó a la prevención del “síndrome del Burnout” en los médicos de Atención Primaria (33-35).

En Europa, Bauleo trabajó para que el Grupo Operativo lograra ubicarse como una orientación y tendencia dentro de la Psicología de Grupo, nombrándola “Concepción Operativa de Grupo”. Desde que, en los inicios, antes del Documento para la Reforma psiquiátrica del 85, supervisara a Juan Carlos Duro, Mariluz Ibáñez y Rosina Vignale en el CSM

de Getafe, esta teoría grupal psicoanalítica ha sido central para la clínica de los que fuimos sus alumnos, a lo largo de los años trabajados en los SSM. La “Concepción Operativa de Grupo” se constituye por la teoría de Pichon Rivière, y las aportaciones de Bauleo, Bleger, Marta y Juan Carlos de Brasi, Caparrós, Foladori, Fumagalli, Jasiner, Klein, Montecchi, Quiroga y Scherzer, y otros autores. Los grupos, en esta teoría, están centrados y significados por su tarea, y son un gran instrumento para realizar el trabajo clínico en todas las psicopatologías y construir el trabajo en equipo de la Institución. Una compleja teoría de la que destacamos dos ideas pichonianas, desarrolladas posteriormente. La primera: “la grupalidad es el origen del psiquismo”, obviamente social, siguiendo a Foladori (36), y, la segunda: “en los grupos terapéuticos, la grupalidad, los factores terapéuticos grupales, son el agente de cambio” (37). Una teoría de gran interés para los SSM y por ello la deseamos seguir transmitiendo a nuestros alumnos y supervisandos.

En síntesis, la CGO afirma la construcción del sujeto en los vínculos intersubjetivos, familiares y sociales, y plantea una clínica en la que las diferentes problemáticas y psicopatologías son emergentes de la incomunicación, la soledad, los traumas y el desamparo..., es decir, son emergentes de las carencias sufridas en el grupo familiar-social. La CGO ofrece los instrumentos pertinentes para “saber cómo hacer e intervenir” en los diferentes ámbitos (intrasubjetivos, intersubjetivos, grupales, institucionales y comunitarios) que están implicados en los procesos de la enfermedad y de la “curación”. La teoría pichoniana aporta las claves

de esta clínica grupal y las teorías, técnicas y metodologías para trabajar con todos los implicados en el campo de la SM: pacientes, familiares, profesionales, institución y comunidad. Aportando también los instrumentos para abordar las tareas de coordinación entre los diversos dispositivos de la red del territorio. Antes de terminar deseo recordar la “Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN”, un gran proyecto, efecto de un fuerte deseo personal, que llevamos realizando varios compañeros desde hace años. Nos juntamos un grupo pequeño al comienzo de 2012 y conseguimos que fuera aprobada como Sección en la Asamblea general de la AEN en junio de 2015, queríamos promover la clínica grupal en los SSM; fui presidenta de la primera Junta Directiva. Ahora somos muchos y desde entonces hemos realizado numerosas actividades, encuentros, jornadas y publicaciones que nos han permitido intercambiar numerosas experiencias sobre psicoterapia de grupo, pareja, familia, y multi-interfamiliar. Finalmente, reflexionar sobre las palabras de Víctor Aparicio, en el primer texto citado: “Para realizar un cambio real se precisan cuatro elementos: un marco legislativo que sustente los cambios, la concreción y asunción de un modelo comunitario a desarrollar, la necesidad de un compromiso político de quien ostenta el poder político y por último la existencia de un grupo de trabajadores activos que se comprometan a desarrollar y crear una nueva cultura de trabajo multidisciplinar y comunitario” (1). Respecto a esta última variable, continuamos con su decir: “los foros que abordan estas problemáticas son escasos y los sistemas docentes y de investigación miran hacia otro lado”.

RESPECTO AL SUMARIO

Llegados al final, me centro en el sumario de la Revista de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Los autores que tienen en común la teoría y la práctica clínica pichoniana nos muestran los diferentes desarrollos teóricos investigados en Latinoamérica y en Europa. Los trabajos han sido enmarcados por una reflexión personal acerca de la clínica grupal en los SSM, y que he denominado “Clínica Grupal Operativa”. Es una clínica transferencial, grupal e institucional, y la considero un modelo alternativo para el campo de la SM, para la clínica del sujeto, de los grupos, y de las instituciones (38).

Para dar un panorama general de esta perspectiva teórica y clínica grupal, y en el deseo de incluir el mayor número posible de autores, se propuso a los autores trabajos breves. El objetivo era dar a conocer los interesantes desarrollos de la COG en Europa y Latinoamérica. Los autores latinoamericanos son de Argentina, Uruguay y Chile y, en Europa, de Italia, España y Francia. Los artículos se acercan a diversas temáticas, entre ellas: lo grupal, los grupos, la grupalidad, la COG, y la Clínica Grupal Operativa. Los textos son muy diversos: teóricos, prácticos, clínicos, sociales, y también prácticas en el campo de la prevención. Aportan experiencias grupales con diferentes encuadres y en diversas modalidades de grupos: terapéuticos, de pareja, grupos familiares, y multifamiliares...

Por otro lado, los grupos investigados han sido realizados en dos modalidades: presenciales o con las nuevas tecnologías online; éstas últimas adquirieron un importante

desarrollo por la pandemia del coronavirus. Las terapias grupales online posibilitaron la continuación de los grupos terapéuticos y de las actividades grupales que se paralizaron en aquellos momentos, pero después han resultado un instrumento muy eficaz en las situaciones pertinentes.

Los trabajos se han realizado en diferentes dispositivos y con diferentes encuadres grupales: CSM, hospitales de día, y Centros de Rehabilitación. Algunos de estos encuadres son muy novedosos como los denominados “corredores terapéuticos” que han permitido

instituir espacios terapéuticos permanentes en la institución. Otros textos han tratado de desarrollar nuevos conceptos: “la grupalidad”, “el discurso grupal”, los factores grupales terapéuticos, etc. Y otros se centran en la articulación de la teoría de grupo operativo con otras disciplinas: “las aportaciones de los feminismos a la Psicología Social”. En síntesis, una rica variedad de textos grupales muy diversos que incluyen otros espacios en el campo de la promoción y prevención, como son los grupos en la tercera edad.

Referencias bibliográficas

1. Aparicio Basauri V. El declinar de una reforma devaluada. *Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1999;19(72):687-692.
2. Aparicio Basauri V. Apuntes sobre la reforma psiquiátrica. *Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1988;8(26):523-527.
3. Aparicio Basauri V. La reforma psiquiátrica de 1985. En: Aparicio Basauri V, editor. *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid: AEN; 1993. p. 127-182.
4. Pichon Riviére E. *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1974.
5. Desviat M. Francesc Tosquelles, política y psiquiatría. *Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2022;42(141):285-292.
6. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica; 1979.
7. Goffman E. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
8. Szasz T. *El mito de la enfermedad mental: bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
9. Pastor Martín J, Ovejero Bernal A. Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Rev. Historia de la Psicología.* 2009;30(2-3):293-299.
10. Laing RD, Cooper DG. *Razón y violencia. Una década de pensamiento sartreano*. Buenos Aires: Paidós; 1973.

11. Laing RD, Esterson A. Cordura, Locura y familia. Familias de esquizofrénicos. México: Fondo de Cultura Económica; 1964.
12. Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la comprensión del hombre. Buenos Aires: Lohlé-Lumen. 1998. p. 231-256.
13. Basaglia F. La institución negada, informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona: Seix Barral; 1970.
14. Jervis G. Manual Crítico de Psiquiatría. Madrid: Anagrama; 1977.
15. Castel R. El orden psiquiátrico. Edad de oro del alienismo. Buenos Aires: Nueva Visión; 2009.
16. Gómez Esteban R. Una perspectiva histórica de la Psicoterapia de Grupo. En: Gómez Esteban R, Gamó Medina E, editores. Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN; 1997. p. 11-38.
17. Aparicio Basauri A. Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España. Madrid: Editorial Libro del Año SL; 1997
18. Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2002; 22(81):39-61.
19. Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la transición. Huertas R, coordinador. Madrid: Los libros de la Catarata; 2017.
20. González Duro E. Hacia una nueva dialéctica sobre la locura. En Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Revista Ajoblanco. 1978:28-29.
21. Baldiz Foz M. Reflexiones sobre una corta estancia en el hospital de día de González Duro, un espacio de verificación de la locura. En Antipsiquiatría. Hacia la salud mental. Revista Ajoblanco. 1978:28-29.
22. González Duro E. Distancia a la locura (Teoría y práctica del Hospital de Día). Madrid: Fundamentos; 1982.
23. González de Chávez M. La generación de la democracia: de la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Frenia. 2002; 3(1): 87-114.
24. Aparicio Basauri V. Apuntes sobre la Reforma Psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1988;8 (26):523-527.
25. Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Barcelona: Península; 1970.
26. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Salud Pública. 2011;85(5):427-436.
27. Crespo-Facorro B. et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2017;10(1):4-20.
28. Fernández Liria A. ¿Por qué hablar de psicoterapias en el sector público? En: Fernández Liria A. Dossier psicoterapias en el sector público. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2019; 39 (136):147-151.

29. 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.
30. Gómez Esteban R. La Formación en Psicoterapia de Grupo. El necesario cambio de los programas asistenciales y de formación. En *Transitando lo grupal: La potencia transformadora del encuentro.* Revista de Psicoterapia. 2022;33(121):101-123.
31. Gómez Esteban R, Amilivia S. Psicoprofilaxis en el embarazo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1983;6:44-49.
32. Gómez Esteban R. Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y Salud.* 1991;3:257-271.
33. Gómez Esteban R. Análisis de la relación médico-paciente y proceso grupal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1990,33:191-203.
34. Gómez Esteban R. La relación médico-paciente, efectos sobre la salud del médico. *Psiquis.* 2003;2(24):4-16.
35. Gómez Esteban R. El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004, 90:41-57.
36. Foladori H. Grupalidad. Teoría e intervención. Santiago de Chile: Univ. de Chile; 2005.
37. Gómez Esteban R. En la clínica grupal, el grupo es el principal agente terapéutico por la producción de factores terapéuticos grupales. El discurso grupal. *Rev. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales.* 2022;26.
38. Gómez Esteban R. Clínica grupal Operativa: ¿Un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones de salud mental? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2022;42(142):109-136.

Rosa Gómez Esteban

Correspondencia: rosagomezesteban@gmail.com

La Clínica Grupal Operativa: un potente instrumento para una Psicología/ Psiquiatría clínica, comunitaria y social

The Operational group clinic: a powerful instrument for the clinical community and social psychology/psychiatry

Rosa Gómez Esteban

Psiquiatra. Expresidenta Sección Psicoterapia de Grupo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Exsecretaria general de la AEN. Madrid

Recibido:19/3/2022

Aceptado:8/3/2023

RESUMEN

Las dificultades en los Servicios de Salud Mental existen desde hace décadas, pero en estos últimos años la situación de crisis se ha hecho más profunda. La clínica está determinada por diversas variables: la economía, la política general, las políticas y prácticas sanitarias de salud mental, la ideología, los prejuicios y creencias acerca de la "enfermedad mental", y las diversas concepciones teórico-prácticas. Las diferencias en los profesionales, a veces, son radicales como observamos en los diversos paradigmas existentes en la actualidad: el biomédico, las neurociencias, el cognitivo-conductual, el humanista, el psicoanalítico y el grupal, por señalar los más significativos.

El interés de la Clínica Grupal Operativa es su gran potencial terapéutico, sus intervenciones actúan sobre la multiplicidad de sujetos y objetos transferenciales, por lo que tienen un efecto multiplicador de los procesos de significación y de elaboración subjetiva y grupal. Es un gran instrumento para el cambio subjetivo y grupal por su capacidad de generar "Factores Terapéuticos Grupales" que facilitan y potencian los procesos de significación y elaboración.

Palabras clave: *Crisis de los servicios de salud mental, paradigmas en salud mental, clínica grupal operativa.*

ABSTRACT

The difficulties in Mental Health Services have existed for decades, but in recent years the crisis situation has deepened. The clinic is determined by various variables: economy, general politics, mental health, health policies and practices, ideology, prejudices and beliefs about "mental illness", and the various theoretical conceptions-practices. The differences of professionals are sometimes radical, as we can see in the various paradigms that currently exist: biomedical, neuroscience, cognitive-behavioral, humanistic, psychoanalytic, and group, to name the most significant.

The interest Operative group clinic is its great therapeutic potential, its interventions that act on the multiplicity of subjects and transference objects, which is why they have a multiplier effect on the processes of signification and subjective and group elaboration. It is a great instrument for subjective and group change due to its ability to generate "Group Therapeutic Factors" that facilitate and enhance the processes of significance and elaboration.

Key words: *Crisis of mental health services, paradigms in mental health, operative group clinic.*

“La psicología individual es simultáneamente psicología social” (Freud) (1)

*“La Psicología Social es la intersección entre estructura social y fantasía inconsciente”
(Pichon Rivière) (2)*

INTRODUCCIÓN

La clínica en Salud Mental está determinada por diversas variables, entre otras: la economía, la política general, las políticas y prácticas sanitarias de salud mental, la ideología, los prejuicios y creencias acerca de la “enfermedad mental”, y las diversas concepciones teórico-prácticas. Las diferencias en el abordaje de los profesionales, a veces, son radicales como observamos en los diversos paradigmas existentes en la actualidad: el biomédico, las neurociencias, el cognitivo-conductual, el humanista, el psicoanalítico y el grupal, por señalar los más significativos.

Hace años, la Psiquiatría comunitaria emergió como modelo de ruptura frente a una psiquiatría manicomial centrada en la reclusión de la locura. En palabras de Víctor Aparicio (3), se desplazó el lugar de tratamiento a la comunidad, y se amplió el escenario de personajes, con una mayor diversidad de profesionales para su atención, y de las psicopatologías de pacientes a tratar.

En la segunda década de los 70, para nuestro trabajo en Salud Mental Comunitaria, algunos profesionales incorporamos el paradigma bio-psico-social, planteado por Engel en el año 1977. Un pensamiento de gran interés para nuestra formación porque el autor propuso un modelo, opuesto al biomédico, que incorporaba los factores biológicos, psicológicos y sociales en

el proceso del enfermar. En los años de aquella publicación, también iniciamos la formación en la teoría psicoanalítica y en la Concepción Operativa de Grupo con Armando Bauleo, y en nuestra participación en grupos operativos pudimos realizar la progresiva articulación e integración entre ambas teorías. Unas teorías y prácticas que fueron centrales en nuestra clínica grupal e institucional en los Servicios de Salud Mental (en adelante SSM).

La Concepción Operativa de Grupo es una teoría grupal e institucional de base psicoanalítica, que se ha constituido como un modelo de ruptura con el paradigma biomédico, individual, actualmente predominante. Un modelo que se ha evidenciado como un factor esencial en la crisis que desde hace años se observa en el campo de la salud mental. Una crisis que, por otro lado, se ha incrementado después de la epidemia del coronavirus, alcanzando datos muy preocupantes en el momento actual, por ejemplo, los suicidios de adolescentes, que parecen haberse incrementado un 50% en la última década.

LA CRISIS DE LOS SSM

El término crisis es un significante del que se abusa, pero lo reitero para pensar la atención a la Salud Mental (SM). Señalo que está en crisis, porque es el significante que

mejor define la situación. Esta reflexión la señalé en un trabajo reciente, en el dossier de grupos que coordiné para la Revista de la AEN (4), y ahora deseo retomar estas ideas parcialmente para una mejor contextualización del trabajo.

Las dificultades en los SSM existen desde hace décadas, pero en estos últimos años la situación de crisis se ha hecho más profunda. Los indicadores de la salud mental de la población y los referentes a la salud física y mental de los profesionales muestran este empeoramiento. Los dos acontecimientos vividos recientemente, la pandemia mundial del Covid, todavía presente, y la guerra actual entre Rusia y Ucrania han incrementado la incertidumbre, la inseguridad hacia el futuro, la desesperanza y la desesperación en los más afectados. Por otro lado, sabemos que, las crisis sociales, comunitarias e institucionales, que vivimos en el momento actual, caracterizadas por la violencia, influyen en los espacios laborales y familiares, generando una multiplicidad de crisis que se encadenan y aumentan exponencialmente con el riesgo y la emergencia de nuevas crisis subjetivas.

El estrés crónico derivado de la precariedad laboral, el desempleo, la pobreza, las malas condiciones en la alimentación y vivienda, las peores condiciones socio- sanitarias, incrementan la fragilidad y vulnerabilidad de los ciudadanos, agravando su salud física y mental. Los indicadores de salud mental han empeorado, se observa un incremento significativo en las demandas de Atención Primaria y Salud Mental. El mayor número de demandas: por el incremento del malestar, el padecimiento de los ciudadanos y el

aumento de las patologías, sobrecarga a los profesionales que sufren y enferman por la falta de tiempo para atenderles. Un emergente evidente de la crisis son las actuales huelgas de los profesionales de Atención Primaria (AP) en muchas comunidades autónomas de nuestro país; unas huelgas que se están prolongando y extendiendo a otros especialistas y territorios.

El empeoramiento en la atención en los SSM exige que las instituciones den los pasos necesarios para iniciar algunos procesos de transformación y cambio, como la elección de estrategias diagnósticas y terapéuticas que puedan dar respuesta a las nuevas situaciones asistenciales. El cumplimiento de estos objetivos requiere que los profesionales tengan un protagonismo activo, que trabajen en común para realizar propuestas de nuevas lógicas institucionales que permitan, por un lado, atender al mayor número de pacientes y, por otro, ofrecer estrategias diagnósticas y psicoterapéuticas que sean eficaces y eficientes. Los principales responsables institucionales (en sus diferentes ámbitos: asistencia, formación e investigación) han de trabajar para lograr nuevas políticas en salud mental, para que los profesionales puedan implementar estas nuevas lógicas institucionales con el objetivo de frenar el creciente malestar de los sujetos en el mundo actual. Nos hacemos dos preguntas, siguiendo a Freud en “El malestar en la cultura”: ¿cómo, en el mundo actual, de mayor violencia social, se pone límite a las pulsiones de muerte tan presentes en lo comunitario y lo institucional, para prevenir sus efectos en la patología física y mental en los ciudadanos?, y ¿cómo deberíamos

intervenir los profesionales para aliviar la crisis existente en los SSM?

La crisis de las instituciones

Las instituciones, por diversos motivos, han jugado un papel fundamental en la crisis de la Salud Mental: la escasez de presupuestos de los servicios sanitarios y de SM, la falta de políticas a largo plazo en SM, los disfuncionamientos institucionales crónicos por la falta de trabajo de equipo, las difíciles relaciones entre los profesionales por la dificultad de articular las diferencias, tanto en lo intersubjetivo como en los paradigmas utilizados. A lo que se une: la deficiente organización de la asistencia, la falta de formación en psicoterapia y, por tanto, de encuadres psicoterapéuticos pertinentes; junto a: la alta demanda de la población, sobrecarga de los profesionales, falta de recursos y precarización de los contratos... Y también, las difíciles reuniones de los profesionales, la rareza de auténticas reuniones de equipo, la escasa existencia de sesiones clínicas y, por supuesto, la ausencia de grupos de reflexión institucional...

Las instituciones y sus profesionales, al carecer de instrumentos y metodologías grupales, no pueden organizar una lógica institucional basada en el trabajo en equipo. Y estas insuficiencias no posibilitan ordenar y organizar las tareas asistenciales, de formación e investigación. Al carecer de los instrumentos pertinentes se evitan los espacios grupales para resolver los conflictos y, de este modo, se hacen irresolubles las frecuentes contradicciones que se generan en el trabajo en Salud Mental.

La falta de espacios institucionales para abordar los obstáculos que emergen en la tarea, la falta de coordinación entre los profesionales y con otras instituciones, hace muy difícil la atención coherente a las diversas problemáticas psiquiátricas, psicológicas y psicosociales que demanda la comunidad. Mientras los Centros de Salud Mental (CSM) se constituyan por agrupamientos de profesionales formados en disciplinas diferentes, tendrán funcionamientos compartimentados y, en ocasiones, disfuncionales, que generarán efectos de cronificación de las psicopatologías.

Sabemos que las resistencias son inherentes al trabajo en equipo, pero también precisamos organizaciones e instituciones con jefes de servicio que sean capaces de cumplir la función de coordinación. Esta coordinación es una condición imprescindible para un funcionamiento de equipo, y para que los profesionales puedan ser co-partícipes en las decisiones institucionales. Subrayamos la relevancia de la función de coordinación, y la necesidad de que los jefes de servicio sean seleccionados por una buena formación específica en dinámicas grupales y subjetivas, y no por criterios políticos. Para coordinar y organizar los trabajos en equipo que requiere la institución, se precisa, además de conocimientos en el campo de la salud mental, una buena formación en instrumentos y metodologías sobre grupos e instituciones.

¿Cuál sería uno de los objetivos para abordar la situación de crisis actual?: disponer de SSM que funcionen como “instituciones terapéuticas”, con funcionamientos eficaces y eficientes que posibiliten el buen desarro-

llo de las múltiples tareas institucionales. Las instituciones han de ser terapéuticas, si quieren llevar adelante las necesarias estrategias psicoterapéuticas, sobre todo, las grupales, que desde hace años proponemos sean las de elección. Esta necesidad hoy en día es más urgente por la mayor demanda de la población y porque, a pesar de lo que deberíamos haber aprendido con la pandemia, sigue siendo llamativa la falta de recursos en SM (sabemos que, España tiene el índice de profesionales más bajo de Europa, después de Rumania).

Todos sabemos, por los peores indicadores de la salud mental, entre ellos, los índices de suicidio, en jóvenes y personas de edad, que es preciso dotar de más presupuestos y recursos para la asistencia, la formación e investigación en SM. También sabemos que, la falta de formación en psicoterapia facilita la creciente medicalización del sufrimiento subjetivo y, por tanto, los aumentos en los costes, y el mayor riesgo de cronicidad de las problemáticas emocionales y psicopatológicas. Se precisa dar la palabra a los profesionales para que tengan un protagonismo activo y puedan abordar las dificultades y lograr un trabajo de equipo. Sabiendo de las insuficiencias en los programas de formación y asistenciales, sobre todo, de su asignatura pendiente: la psicoterapia, se precisa poner en común las situaciones dilemáticas y los obstáculos para encontrar los instrumentos más eficaces y eficientes para la salud mental de la comunidad.

La crisis de la psicoterapia: carencias de los Programas de Formación, Asistencia e Investigación

Las graves insuficiencias en la formación psicoterapéutica de los profesionales ya fueron denunciadas por la AEN, hace muchos años, y reflejadas en sus cuadernos técnicos. Personalmente y, desde hace años, insisto en las carencias y en la necesidad de que los profesionales se formen en psicoterapias, en general y, en las de grupo, en particular (5). Las carencias formativas y asistenciales en psicoterapia, sobre todo, en psicoterapias de grupo es llamativa en la mayoría de los dispositivos y CSM. De ahí, que en nuestros textos y en los de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN instemos a las Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría y Psicología Clínica, y a las de Docencia y Asistencia para que realicen los cambios necesarios en los programas de formación y asistenciales en SM.

Aprovecho la invitación de Víctor Aparicio a coordinar este número de la Revista Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria para volver a insistir en que **el sistema docente de nuestro país ha de organizar la formación, acreditación y titulación para que los especialistas obtengan el título de psicoterapeutas al finalizar la residencia.** Esta titulación se obtiene, desde hace años, en otros países del entorno europeo, por ejemplo, Alemania y Suiza. En España, la formación en psicoterapia además de ser insuficiente es básicamente teórica, y con escasa articulación entre teoría y práctica.

Es una formación insuficiente para abordar la problemática de las subjetividades de paciente y terapeuta, y sabemos que su conocimiento es relevante para el proceso terapéutico y, por tanto, para el pronóstico del paciente.

La psicoterapia, en los programas asistenciales, de formación e investigación en SM, han de ser revisados. Su evaluación es imprescindible porque en el momento actual se ha dado un incremento en la demanda que, por otro lado, se tiene que abordar con escasos recursos. La bajísima ratio de profesionales genera gran sobrecarga asistencial y un estrés crónico a los profesionales que les hace enfermar. La investigación en los instrumentos psicoterapéuticos en SM es otra asignatura pendiente; sabemos que sólo se investigan los tratamientos psicofarmacológicos, y que están pagados por las empresas farmacéuticas, lo que influye en sus resultados. Insistimos en la necesidad de conocer el estado actual de los tratamientos psicoterapéuticos en los SSM de nuestro país, y en que los responsables pongan los medios para la realización de proyectos de investigación multicéntricos.

Es preciso conocer e investigar los modelos y prácticas en psicoterapias individuales y, sobre todo, grupales. Precisamos conocer cual es la realidad de las prácticas psicoterapéuticas, y respecto a las psicoterapias de grupo: cuando, cómo, cuanto y donde se realizan los grupos de pareja, terapéuticos, familiares e inter/multifamiliares. Precisamos conocer la situación para poder implementar los encuadres breves, intermedios o prolongados que se precisan en los servicios públicos. Es decir, conocer

los encuadres psicoterapéuticos que se realizan, con qué frecuencia, y cómo se han implementado en las patologías graves, moderadas y leves. Además de conocer los tratamientos psicoterapéuticos en nuestro país, precisamos investigar las psicoterapias más eficaces, las más eficientes, en función del estudio de los datos de alta e independización de los servicios.

Hoy en día disponemos de teorías e instrumentos para abordar con eficacia el sufrimiento subjetivo y la demanda de la población, y hemos constatado que las psicoterapias grupales pueden dan respuesta a ambas problemáticas. Los responsables sanitarios y los de los SSM han de promover e implementar estas prácticas en los dispositivos de SM y, si no lo hacen, serán cómplices de los efectos, entre ellos, de la peor salud de los profesionales y de la comunidad a la que atienden.

El Síndrome de Burnout en los profesionales

Es preciso conocer e investigar también la situación actual de los profesionales que trabajan en las instituciones de salud mental, sobre todo, su salud, y si trabajan o no en equipo. En un trabajo de investigación que realicé hace años (6) concluí que la práctica clínica a los médicos les producía síntomas: en un 90%, ansiedad y angustia, que era moderada en el 72%, y grave, en el 18%. Estos datos tenían una relación directa con la falta de trabajo en equipo, y con peores datos para los médicos en Atención Primaria y, más aún, para los psiquiatras en SM. Unos

datos que han de obligar a los responsables a poner todo su esfuerzo en el desarrollo de programas grupales para la prevención del síndrome de Burnout en los profesionales sanitarios y, con más motivo en SM.

El Colegio de Médicos de Madrid, en una reciente encuesta, señala que el Burnout en los médicos alcanza el 36.5%, y que otro 28% está en riesgo de desarrollarlo; datos que exigen una profunda investigación de las instituciones implicadas. La salud de la profesión médica, en los últimos 10 años, recoge datos muy preocupantes: los médicos se han suicidado un 40% más que la población general, y en el caso de las mujeres médicas, un 50% más que los hombres médicos. Datos que se silencian por los propios afectados y, opuestos, en cuanto al género; que, por otro lado, previsiblemente se incrementarán después de la pandemia del Covid 19.

En un estudio del Consejo general de colegios oficiales de médicos, del 2 de diciembre de 2022, se señala que los MIR presentan mayores tasas de ansiedad y depresión que los médicos en otras etapas, y más que en población general similar en edad y nivel de estudios. Un porcentaje que es más alto en mujeres médicas. Una acumulación de voces y de datos que debería urgir a los políticos y responsables sanitarios a escuchar las demandas de los profesionales, mejorar sus condiciones laborales, y generar factores de protección en las instituciones para prevenir el síndrome de Burnout y las psicopatologías en sus profesionales.

Es urgente mejorar los contratos laborales, ratios de profesionales, tiempos de consulta,

y formación, en particular las referentes a metodologías grupales y técnicas de equipo. Sabemos que el equipo es un factor de protección de la salud de los profesionales y que además mejora la organización de los servicios y, por tanto, el clima institucional. Los responsables han de dotar de instrumentos que permitan abordar los obstáculos y resistencias al cambio que emergen en todos los procesos institucionales.

REPENSANDO OTRAS ESTRATEGIAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL ...

Algunos estudios señalan que en el año 2025 el gasto en salud mental se incrementará un 30% con respecto al gasto actual. El alto coste, la insuficiencia de recursos, la altísima demanda de la población, y el papel del paradigma biomédico, que produce la progresiva medicalización del sufrimiento del sujeto precisa de un nuevo paradigma de la Salud Mental. Un modelo orientado por la salud mental de los colectivos, instituciones, grupos y de los sujetos, que sean paradigmas y prácticas que se centren en lo común, lo colectivo, lo comunitario, y en la vida cotidiana. Ahora más que nunca, después de la pandemia del covid 19, es imprescindible formar a los profesionales en una Psiquiatría y Psicología Clínica, Comunitaria y Social, en una clínica comunitaria que sea la predominante en los Servicios de Salud Mental públicos de nuestro país.

Una tarea prioritaria es cuestionar los modelos predominantes actuales y repensar las

clasificaciones actuales constituidas por listados de síntomas que fragmentan al sujeto y al proceso del enfermar. Se requiere investigar nuevos sistemas diagnósticos, situacionales y centrados en la subjetividad, en las redes vinculares, familiares, laborales y comunitarias del sujeto. Es decir, continuar el camino trazado por Freud y Pichon, seguir investigando en una Psicología y Psiquiatría de la vida cotidiana. Otro foco de atención central, para aliviar la crisis de los SSM, es repensar los funcionamientos de nuestras instituciones de SM. Los padecimientos subjetivos precisan instituciones acogedoras y terapéuticas que ofrezcan recursos y estrategias terapéuticas pertinentes para abordar las diferentes psicopatologías.

Pero, una organización eficaz y eficiente de los SSM requiere de decisiones políticas, presupuestos adecuados, y reiteramos, de mejores ratios de profesionales, y de una mejor formación que posibilite el trabajo en equipo. En los SSM es más complicado por la existencia de diversas disciplinas, enfoques teóricos y técnicos diversos, por eso, se precisan espacios grupales donde puedan articularse las diferencias subjetivas y de modelos y disminuir las resistencias al cambio.

Sabemos que las instituciones han de estructurarse como equipos interdisciplinarios para que sean capaces de llevar adelante las tareas asistenciales, de investigación, y los programas de formación. Estas tareas han de estar orientadas hacia el instrumento de elección en la mayoría de las psicopatologías; la psicoterapia. Es decir, sabiendo de las dificultades y obstáculos, es preciso avanzar en tareas y proyectos coherentes

que den respuesta al intenso sufrimiento de la población. Y, por supuesto, priorizando los instrumentos psicoterapéuticos en sus diversas modalidades en función de las necesidades y demandas de la población.

Respecto a los tratamientos, numerosas Asociaciones científicas, fuera y dentro de nuestro país, entre nosotros la AEN, han señalado que no se pueden seguir priorizando los tratamientos psicofarmacológicos, en los trastornos leves y moderados. Sabemos que se ofrecen psicoterapias individuales con encuadres poco eficaces, porque en general tienen encuadres precarios y mal definidos. Por otro lado, proponer estrategias en la atención a los cuadros de psicosis, por ejemplo, las psicoterapias grupales e interfamiliares, son eficaces y aminoran el coste económico de los psicofármacos. Es preciso utilizar las mínimas dosis necesarias de antipsicóticos y combinarlos con psicoterapia, porque sabemos que en el tratamiento de la psicopatología es imprescindible trabajar los vínculos intersubjetivos que les ha hecho enfermar. Hemos constatado en nuestra experiencia que la psicoterapia de grupo es un potente estabilizador; por eso el tratamiento psicoterapéutico ha de ser prioritario, con la ayuda de la mínima dosis posible del psicofármaco.

La economía en el campo de la salud mental ha de reorientarse, se han de limitar los presupuestos dedicados a la medicación, y redirigir los recursos económicos a tratamientos psicoterapéuticos breves para la mayoría de la población. Es preciso tener en cuenta estas circunstancias porque los indicadores actuales muestran el empeoramiento de la salud mental de pacientes y profesionales.

Los dispositivos, sobre todo los CSM, que acogen la mayor parte de la demanda, han de priorizar y poner en marcha espacios grupales para ambos: psicoterapias grupales para los pacientes y, para los profesionales, entre otros, “los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica”, y “los grupos de reflexión institucional”.

En el momento de entregar este trabajo, un compañero psiquiatra de un grupo internacional sobre la Concepción Operativa de Grupo, Giuseppe Ceresi, me envía “El Manifiesto della Salute Mental... e difesa de la democrazia” (7), firmado por numerosos profesionales del campo de la SM, de la sanidad y de la política. Mis reflexiones consueñan con la primera frase del Manifiesto en el que afirman que la Salud Mental pública está en crisis por motivos coincidentes a los señalados en este texto: escasez de recursos, alta demanda y un modelo biomédico-tecnológico dominante. Los autores añaden que si no se realiza una “humanización de la cura” se retornará a la “lógica de la reclusión” de las personas sufrientes.

En resumen, la psicoterapia ha de ser la estrategia de elección en todos los padecimientos, y en los trastornos graves combinada con psicofármacos a las menores dosis eficaces, como ya han señalado reiteradamente las principales Asociaciones científicas. Las instituciones y programas docentes y asistenciales han de asegurar la formación clínica y organizacional para que los profesionales puedan realizar un buen trabajo asistencial, clínico, y de investigación. Y potenciar el trabajo en equipo porque, en nuestra investigación, este se constató

como un factor protector de la salud de los profesionales; y, por tanto, muy eficaz para rentabilizar los recursos de la institución.

Más allá de las ideologías políticas, es preciso que los responsables se comprometan en la transmisión de las bases teóricas y técnicas de la Psiquiatría y Psicología clínica comunitaria; en la relevancia de los factores psicológicos y sociales en el proceso del enfermar. Su responsabilidad respecto a la formación, asistencia e investigación es ofrecer aprendizajes teóricos y prácticas rigurosas en estrategias de tratamientos que prioricen estas variables. Por lo tanto, han de abordar las carencias en la clínica psicoterapéutica, ya que son muy preocupantes, y además han de implementarse porque se ofrecen ampliamente en la cartera de servicios.

LA CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA: INSTRUMENTO PARA EL CAMBIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La Clínica Grupal Operativa (en adelante CGO) (4), hace referencia a una teoría y a una clínica, a un modelo de conceptualización de los procesos de salud-enfermedad, y de los tratamientos, tanto psicoterapéuticos como rehabilitadores. Es un nuevo modelo que propone nuevas miradas y conceptualizaciones acerca del sujeto, de los grupos e instituciones privilegiando las metodologías grupales en su quehacer. Es un nuevo modelo de clínica institucional que analiza los procesos del enfermar y

terapéuticos desde la perspectiva grupal, y propone nuevos instrumentos terapéuticos e institucionales para la organización de la asistencia, docencia e investigación.

En el ámbito de la clínica

En el campo terapéutico, la CGO se propone como un paradigma alternativo al paradigma biomédico individual actual, al ofrecer a los clínicos tanto los instrumentos para su tarea clínica, como las herramientas para desarrollar las múltiples tareas institucionales. La CGO, basada en la Concepción Grupal Operativa, es un modelo que ofrece los pilares básicos de la clínica: el análisis del terapeuta, el aprendizaje teórico-técnico, la formación clínica, la supervisión de las prácticas psicoterapéuticas, y el aprendizaje de la metodología de investigación.

Esta clínica además de ampliar la comprensión de los procesos del enfermar y de la curación, y ofrecer estrategias psicoterapéuticas diferenciadas y combinadas, es un gran instrumento en la intervención en el campo de la promoción y prevención de la salud tan necesario para la salud mental de la comunidad. En este campo de la prevención trabajé con médicos de Atención Primaria, hace años, con el objetivo de disminuir el malestar y sufrimiento de los médicos, a través del análisis de los obstáculos en la relación profesional-paciente.

Y también con mujeres embarazadas con el “dispositivo grupal operativo”: se ofrecía información sobre los procesos del embarazo, parto, y maternidad, con trabajo posterior en grupo operativo para analizar

las angustias y dificultades de las madres. El objetivo era ayudarlas en el proceso de la maternidad, en la idea de prevenir perturbaciones en el vínculo madre-hijo y cuadros psicopatológicos, sobre todo, la psicosis puerperal, que sabemos está en relación con la falta de apoyo de la pareja y de lo social.

En el campo de la psicopatología, el interés de la CGO es posibilitar una comprensión grupal (5), una perspectiva de la psicopatología “individual” como emergente de los vínculos y grupos de pertenencia del sujeto, es decir, una mirada desde la multiplicidad. Dicho con otras palabras, es una clínica que posibilita articular las subjetividades, las diferentes configuraciones subjetivas y vinculares, con las distintas grupalidades que han constituido y forman parte del sujeto. Una clínica grupal que permite observar cómo se dan las mutuas interacciones entre grupalidad y subjetividad, a través del discurso grupal, emergente de la grupalidad, y en las interrelaciones con los discursos subjetivos.

En resumen, la CGO es eficaz y eficiente porque permite abordar la complejidad de la clínica, tanto en los procesos de elaboración del “diagnóstico situacional”, como en los dispositivos grupales de tratamiento y rehabilitación. Es un gran instrumento para el cambio en el campo de la salud mental porque propone espacios y metodologías grupales que profundizan en la comprensión grupal de los procesos del enfermar y terapéuticos. Sabemos que, el grupo es el principal agente terapéutico porque genera formaciones grupales específicas, entre ellas, el “discurso grupal”, y numerosos “factores terapéuticos grupales” que

promueven transformaciones sucesivas del grupo y de los sujetos.

En el ámbito de la formación

La CGO es una clínica psicoanalítica, vincular, grupal e institucional, que además de posibilitar otra comprensión e intervención en las tareas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, ofrece instrumentos muy eficaces para la formación. El modelo de la CGO ofrece los instrumentos para repensar las subjetividades con sus modos de vinculación, los síntomas del sujeto, las psicopatologías, los diagnósticos, e implementar estrategias de tratamiento más complejas.

Esta clínica grupal es psicoanalítica y “operativa”, se caracteriza por su operatividad, por su capacidad de realizar intervenciones dirigidas al cambio, ya sea de los sujetos, los grupos o las instituciones. El cambio sería el criterio de operatividad, siguiendo a Pichon, Adamson, Bauleo, Klein, Kesselman y Quiroga. Es una clínica que transita, como dice Bauleo (8), de los “por qué” a los “para qué”, incluyendo las fantasías de enfermedad, tratamiento, curación, y la esperanza de cambio.

La formación en esta clínica requiere su inclusión en los programas de formación y asistenciales en los SSM, ya que sólo de este modo, se puede resolver la paradoja de que la cartera de los SSM ofrezca terapias de pareja, grupales, familiares y multifamiliares y que, por otro lado, no se capacite en estas terapias grupales a los residentes. La incorporación de este modelo es imprescindible porque ofrece las herramientas para trabajar en las

diferentes tareas institucionales: asistencia (tratamiento y rehabilitación-recuperación), docencia e investigación.

Sabemos que, la formación teórico-técnica ha de estar íntimamente ligada a las prácticas grupales y, por tanto, a la implementación de grupos psicoterapéuticos en todos los dispositivos de Salud Mental por los que roten los residentes. Para llevar adelante la cartera de servicios, los responsables han de organizar programas asistenciales y formativos con un núcleo central: la psicoterapia. Es decir, una asistencia y formación psicoterapéutica rigurosa que posibilite realmente una buena clínica comunitaria para todos los afectados.

Se propone que los programas de formación y asistenciales se organicen alrededor de un núcleo primordial: las psicoterapias grupales. Y, dentro de ellas, las familiares y multi-interfamiliares, al haberse evidenciado muy eficaces y eficientes para atender las problemáticas de salud mental de la comunidad. Es un modelo que hemos realizado en lo público y en lo privado; en lo público, a pesar de ser encuadres insuficientes, se ha evidenciado que estos espacios de formación sensibilizan a los residentes con la clínica y la metodología grupal. Esta sensibilidad les posibilitará otra mirada de los procesos del enfermar y terapéuticos, y aprehender la relevancia del trabajo contratransferencial en el vínculo terapéutico; sabemos que la clínica en la Psiquiatría y Psicología comunitaria es una clínica de la subjetividad, que es una clínica en la que hay implicación de ambos, del paciente y el profesional.

La investigación de la contratransferencia es un paso imprescindible para aprehender

la función analítica grupal. Sabemos que si las transferencias del terapeuta no se analizan observaremos sus efectos: inhibición y bloqueo en la función terapéutica. Las investigaciones previas sobre la contra-transferencia del terapeuta grupal (9) me ha permitido diferenciarlas en: “recíprocas” y “subjetivas”.

Las contratransferencias recíprocas dependen del objeto al que se dirigen y son un motor para el tratamiento porque facilitan el conocimiento del objeto, serán contra-transferencias: intersubjetivas/vinculares, grupales o institucionales. Sin embargo, las contratransferencias subjetivas están en función de la subjetividad e historia profesional del terapeuta, por lo que, si no se analizan son un obstáculo para el proceso terapéutico. La contratransferencia subjetiva, no la recíproca, la pensamos como aquello que impide al analista/terapeuta sostener el proceso grupal. De ahí que pensemos, de acuerdo con Volnovich (10): “el terapeuta grupal no ha de ser neutro, ni distante, ha de proponer, desde una perspectiva ética, una pasión por la alteridad que es lo que caracteriza al análisis”.

El análisis y supervisión de los grupos terapéuticos es esencial para observar y analizar los fenómenos transferenciales y contra-transferenciales de la práctica clínica. En el campo transferencial grupal, la contratransferencia institucional es fundamental, por eso ha de analizarse en los diversos espacios grupales o institucionales y, si es posible, en los grupos de supervisión institucional. Estos espacios son de gran interés para que los profesionales analicen las angustias, defensas, y resistencias que el profesional

experimenta cuando participa en un grupo, un equipo, y una institución.

En resumen, la formación en el modelo de CGO propone espacios grupales de análisis y supervisión de los profesionales que son fundamentales para el aprendizaje de lo personal, del conocimiento de los otros, y de la función analítica en los grupos y en la institución. El conocimiento de la contra-transferencia del terapeuta es esencial para “el buen saber y hacer clínico”, por eso es importante aprehenderla, de otro modo, los elementos subjetivos impedirán el buen desarrollo de la función analítica grupal. Los espacios de supervisión grupal han de priorizarse para investigar también las situaciones difíciles de la clínica grupal. Estos grupos, junto al análisis grupal o individual, cuando sea posible, se constituyen como dos grandes herramientas para el buen “saber hacer” en la clínica operativa institucional.

En el ámbito institucional

En nuestro modelo teórico, el grupo no es sólo un medio para el tratamiento; nuestra clínica, a diferencia de otras teorías grupales psicoanalíticas, además de ser transferencial, es específicamente grupal e institucional. Es institucional porque es capaz de generar las condiciones de posibilidad del cambio de las instituciones, entre ellas, las de SM. Este cambio es una necesidad urgente, porque la mayoría de los profesionales saben mucho del sufrimiento institucional, lo hemos padecido en nuestras propias carnes.

Las causas son numerosas y, en este momento, nos centramos en una fundamen-

tal: las carencias en la función de coordinación de los jefes de servicio. Es necesario e imprescindible que se formen en teorías y técnicas de trabajo en equipo e institucional, y también que hayan realizado una mínima introspección sobre sí mismos; sólo de este modo cumplirán los requisitos que se requieren para ejercer la función y el rol de jefe de los dispositivos de SM. Si no se dispone de esta formación personal y profesional, los efectos son conocidos: instituciones anti-terapéuticas. La falta de espacios grupales, entre ellos, las reuniones de equipo y clínicas, no permite abordar las resistencias y dificultades de los profesionales que emergen por la complejidad de la propia tarea clínica e institucional. Y también por el malestar que se produce, derivado de las diferencias subjetivas y profesionales, “en” y “entre” los diversos grupos que conforman estas instituciones.

En resumen, es urgente que los profesionales dispongan de instrumentos adecuados para realizar otra organización de los SSM. Por eso, insistimos en la potencia de nuestro modelo de clínica grupal para significar y elaborar las ansiedades, obstáculos, defensas y resistencias inconscientes que se producen en los agrupamientos de profesionales; al estar constituidos por elementos diferentes, respecto a disciplinas, objetivos, y subjetividades. Y, ¿por qué el modelo operativo de clínica grupal?, porque posibilita los pasajes del agrupamiento a grupos multidisciplinares, y de estos a equipos interdisciplinares, con la capacidad de organizar las tareas asistenciales, docentes y de investigación.

CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA: ALGUNAS EXPERIENCIAS PERSONALES

Nuestra experiencia e investigación en estas décadas nos permite afirmar la siguiente tesis: **“el grupo es el principal agente terapéutico para el cambio de los sujetos, los grupos y las instituciones”**. Y también plantear que la CGO puede ser un “nuevo” paradigma para otra clínica de los sujetos, los grupos y las instituciones y, por tanto, un instrumento prioritario en la formación y aprendizaje de los profesionales de Salud Mental. Reiteramos, de nuevo, es un modelo de clínica esencial en el campo psicoterapéutico, y además capaz de incidir en lo institucional, a través de la construcción de trabajos en Equipo interdisciplinares y, de este modo, generar las condiciones para un buen funcionamiento de las instituciones. El objetivo de esta clínica es aminorar el sufrimiento subjetivo de profesionales y pacientes.

La CGO ofrece un “plus” respecto a otros paradigmas, crea las condiciones de posibilidad para **observar y analizar los diferentes objetos que emergen en la clínica grupal: “lo inconsciente subjetivo/ intersubjetivo, y lo inconsciente-latente grupal/institucional/social”**. La facilitación de estas lecturas del inconsciente y latente grupal nos permitirá observar y analizar la influencia de las variables socio-comunitarias, en lo grupal-familiar, y en los vínculos intersubjetivos y, por tanto, en el espacio intrapsíquico.

Desearía señalar, brevemente, por haberlo relatado en otros textos, que inicié mis prácticas en psicoterapia de grupo en 1974, en Madrid, en las clínicas psiquiátricas de Ibiza, en uno de los dos hospitales de día pioneros: el de las clínicas de Ibiza, conducido por Enrique González Duro; el otro era el hospital de la Cruz Roja, dirigido por Esteban Acosta. Los hospitales de día fueron emergentes del cambio social, y de la transformación de los discursos de la Psiquiatría y de sus instituciones manicomiales. Aquellos fueron años especiales en nuestro país: el final de la dictadura, la transición a la democracia, y en nuestro campo: la Antipsiquiatría, y las importantes luchas en diversas instituciones y hospitales psiquiátricos: Asturias, Conxo, Madrid....

Fueron los años de inicio de mi formación psicoanalítica y grupal, y de las prácticas en grupos terapéuticos y comunitarios, primero, en el hospital de día de las Clínicas de Ibiza, después en un hospital psiquiátrico, y finalmente en una consulta neuropsiquiátrica de la Seguridad Social. La formación psicoanalítica de los profesionales, en aquellos años, era minoritaria. Los españoles que se habían formado en diversas ciudades europeas retornaron al producirse el cambio democrático. Un retorno que coincidió con otro exilio, en la segunda década de los 70, de algunos psicoanalistas latinoamericanos: Armando Bauleo, Marta de Brasi, Tato Pauvlosky, Hernán Kesselman, y Armando Ingala, entre otros. Años después, en 1990, en la función de Secretaria general de la AEN, con Hugo Abatti impulsamos la refundación de la Sección de Psicoanálisis,

y propusimos a Armando Ingala para ser su primer presidente.

Con Armando Bauleo, Armando Ingala y Marta de Brasi nos formamos una generación de psiquiatras y psicólogos en Psicoanálisis y en Teorías y técnicas grupales. Con Armando aprendimos los fundamentos de la Concepción Operativa de Grupo, basada en la teoría y técnica de grupos operativos de Pichon Rivière. Con Bauleo participamos también como alumnos y docentes en la experiencia de Medicina Comunitaria, en el Hospital 12 de octubre de Madrid, una institución dirigida por Teresa Sánchez Mozo, y en cuyo funcionamiento se priorizó la teoría y metodología operativa. Con estos instrumentos, desde entonces, varios profesionales hemos trabajado en diversos Centros de Salud Mental, y en otros dispositivos.

La Concepción Operativa Grupal ha sido el eje conceptual de mi trabajo clínico y, en estos últimos años, he propuesto la “Clínica Grupal Operativa” como modelo alternativo a los paradigmas actualmente dominantes en el campo de la salud mental: el biomédico y el cognitivo-conductual. Este modelo de clínica grupal tiene sus fundamentos teóricos en el paradigma psicoanalítico, al que amplía y enriquece con otra base epistemológica, la metodología dialéctica. Es un modelo introducido por Bauleo en España, en la segunda mitad de los años 70 en Madrid, y en los CSMs de Getafe y Parla unos años después. Los que entonces éramos sus alumnos trabajábamos en esos centros y pusimos en práctica este modelo, que posteriormente se extendió a otras ciudades españolas (11). Un modelo que se ha

constatado como un gran instrumento para el campo de la formación y lo terapéutico.

Mi pasión por la clínica grupal se hizo consciente desde el primer día que observé un grupo terapéutico, eran los inicios de 1974, unos años en los que no era fácil hablar públicamente del sufrimiento, de los problemas familiares, y de pareja. Yo era muy joven y escuchaba asombrada cómo personas mayores hablaban sobre sus sentimientos, y compartían sus “secretos familiares” en el grupo. Mi única experiencia de la asistencia psiquiátrica hasta entonces había sido en el verano del 63: un trabajador nos invitó a un grupo de amigas a visitar el hospital psiquiátrico de Santander. De aquella visita me queda el recuerdo de dos escenas muy diferentes: en la primera, una enferma se reía a risotadas, y otra me decía que se reía porque estaba loca. La segunda, al visitar algunos pabellones, una escena muy impactante: observar la mirada de las pacientes que estaban atadas a la cama, medio desnudas, solas, medicadas, y con escasa higiene; unas miradas angustiadas, tristes, temerosas, perdidas... Una escena dolorosa por lo inhumana, y que ya no observaría trece años después, en 1976, cuando inicié mi trabajo en el hospital psiquiátrico de Arévalo.

Desde aquellos años, los grupos terapéuticos me parecieron espacios de gran utilidad, y desde los inicios de los 80 empecé a publicar algunos textos en la revista de la AEN, y en la de Clínica y Análisis Grupal. Sobre la clínica grupal publiqué mi primer artículo en 1990: “Algunos conceptos sobre Clínica Grupal”, en el libro “La Concepción Operativa de Grupo”, editado por la AEN

(12). Los grupos terapéuticos, durante toda mi vida profesional han sido una gran pasión a la que después se ha unido el deseo de introducir la CGO en los dispositivos de SM públicos. En este deseo he trabajado con grupos psicoterapéuticos en todo tipo de patologías, desde las más leves a las más graves. En encuadres breves, en las neurosis, y encuadres prolongados y evaluados anualmente, en los denominados trastornos de la personalidad y en las psicosis esquizofrénicas y bipolares.

En estos años he intentado transmitir la importancia de las psicoterapias de grupo en lo público, tanto en los programas asistenciales como en los de formación (13) y, sobre todo, la relevancia de la CGO. Personalmente he desarrollado este modelo de clínica en varios CSMs, y en la última década a esta praxis la he denominado “Clínica Grupal Operativa”. Es un modelo de clínica, grupal e institucional que he intentado transmitir tanto en la docencia de los residentes, como en la clínica de los SSM. Es un modelo de clínica grupal que puede utilizarse en diversas situaciones y tareas: grupos terapéuticos en las crisis, en diversas psicopatologías, y con diferentes encuadres (abiertos-cerrados, breves/prolongados, corredores terapéuticos...), y también en las diferentes estrategias combinadas de psicoterapia del grupo familiar. Y, asimismo, en otros espacios grupales fundamentales para la mejor organización institucional (grupos de recepción y evaluación, grupos de evaluación e indicación terapéutica, reuniones de equipo, reuniones clínicas, grupos de reflexión institucional, y grupos de supervisión, entre otros).

La CGO (4), al proponer, como hemos señalado, una concepción vincular, grupal, institucional y social de los procesos de salud-enfermedad, y de los tratamientos, se ha evidenciado muy eficaz para aliviar el sufrimiento psíquico producido en las relaciones con los otros, la familia y el trabajo; principal fuente de sufrimiento para el hombre, como señalara Freud. Por eso, en el momento actual, hago mía la pregunta de Freud en las cartas a Oscar Pfister: “¿en nuestra profesión, la transmisión de lo aprendido, del saber, es una exigencia moral? (14).

En esta idea y ética, y con el objetivo de transmitir y difundir las bases epistemológicas y los principales conceptos de la clínica pichoniana y de la COG traté de incluir trabajos de clínica grupal con pacientes graves en los libros publicados por la Sección de Psicoanálisis de la AEN, de la que fui impulsora en su refundación en 1990, junto a Hugo Abatti y, hecho realidad con el compromiso de José Jaime Melendo, Armando Ingala, Javier Frére, y Lola Lorenzo.

Un hito importante en la COG de nuestro país, además del libro de la “Concepción Operativa de Grupo”, fue la edición de: “Grupos terapéuticos y asistencia pública” que coordiné junto a Emilio Gamo en 1997 (15). El libro incluía textos de teóricos grupales significativos: Armando Bauleo, Nicolás Caparrós, Nicolás Espiro, Robert Levy y Alejandro Ávila, entre otros. En ese libro colaboré con dos capítulos: “Una perspectiva histórica de la psicoterapia de grupo” y “Psicoterapia psicoanalítica de grupo con pacientes esquizofrénicos”, junto a M^a José de la Viña.

La CGO reiteramos, tiene el interés de posibilitar encuadres breves, intermedios, prolongados, y otros novedosos encuadres ya señalados, subrayamos: los grupos de evaluación diagnóstica y terapéutica, los “grupos en situaciones de crisis”, los “corredores terapéuticos”, las “psicoterapias del grupo familiar”, los “grupos paralelos” (de padres-niños/jóvenes; padres-pacientes), los multi-interfamiliares (combinados o no con grupos de pacientes), los grupos de reflexión institucional, los grupos comunitarios, etc. Los “grupos en situaciones de crisis” se proponen en las situaciones de crisis, y son de gran utilidad para el tratamiento precoz de los primeros síntomas. En el CSM de Getafe, Madrid, se realizaron con encuadres de dos veces a la semana, y fueron muy eficaces. Los grupos denominados “corredores terapéuticos” se refieren a espacios grupales terapéuticos continuados en el tiempo, que permiten tener un encuadre psicoterapéutico fijo en la institución, y en los que se dan altas e incorporaciones cada tres/cuatro meses.

En las psicosis agudas son de gran interés las “psicoterapias del grupo familiar”, que se realizan en diversas estrategias combinadas: grupo familiar + grupo de pacientes, ya sean éstos: niños, adolescentes o adultos jóvenes, como han señalado Scherzer, Balello, Fischetti, Milano y Ceresi (publicaciones de estos autores en la Revista Área 3) (16). También son de gran utilidad los denominados “grupos paralelos” en los programas de atención infanto-juvenil (grupos terapéuticos con padres y paralelamente con los hijos), como el libro de Enrique Ger (17). Personalmente me han resultado muy eficaces en la esquizofrenia (grupos con per-

sonas diagnosticadas de esquizofrenia y grupos con padres) que organicé durante unos años en el CSM de Parla. Y, posteriormente, grupos de pacientes con esquizofrenia paralelamente con grupos interfamiliares, en Alcorcón, Madrid.

Desde que la clínica pichoniana se iniciara, antes de los 50 del pasado siglo, en el momento actual, segunda década del siglo XXI, contamos con los desarrollos de la clínica grupal de otros autores. En Latinoamérica: los libros y artículos de Gladys Adamson, Armando Bauleo, Juan Carlos y Marta de Brasi, Fernando Fabris, Ana Fernández, Horacio Foladori, Fumagalli, Graciela Jasiner, Ricardo Klein, Ana Quiroga, Osvaldo Saidón, y Alejandro Scherzer, entre otros. En Italia: Lucia Balello, Máximo Berardinis, Loredana Bóscolo, Giuseppe Ceresi, Elvio Fischetti, Fiorenza Milano, y Leonardo Monttechi, entre otros. Y, en España: Victoria De Felipe, Emilio Irazábal, Lola Lorenzo, Raquel Lucena, Alicia Montserrat, Federico Suárez, Violeta Suárez, Antonio Tarí, Felipe Vallejo, Elena Vázquez Ramo, Diego Vico, y yo misma, entre otros.

Deseo compartir las investigaciones y artículos que he publicado sobre CGO en estos años para mostrar algunas experiencias grupales terapéuticas realizadas con este modelo, a las que se unen las realizadas por los compañeros y que están publicadas en la Revista Área 3. Mis temáticas han girado alrededor de 6 ejes fundamentales:

1/ Las Psicoterapias:

- La historia de la Psicoterapia de grupo (18).

- La relevancia de las Psicoterapias en los SSM (19).

2/ El Equipo y el vínculo terapéutico:

- El equipo en los Centros de Salud Mental (20).
- La relación médico-paciente (6).
- El vínculo terapéutico transferencial (21,22).

3/ La Clínica Grupal Operativa:

- La Clínica Grupal Operativa, ¿Un nuevo paradigma para la clínica de los sujetos, los grupos y las instituciones? (4).
- Las bases epistemológicas psicoanalíticas de la Concepción Operativa de Grupo, y de la Clínica Grupal Operativa (23).

4/ Los grupos terapéuticos:

- Los grupos terapéuticos en las patologías psicóticas, neuróticas, trastornos de personalidad, y enfermedades somáticas (24).
- Los grupos terapéuticos en la esquizofrenia (25).
- Los grupos terapéuticos en los trastornos bipolares (26).
- Los grupos terapéuticos en los trastornos límite de la personalidad (27).

5/ La Formación

- La Formación del psicoterapeuta grupal (5,13).
- Los grupos de formación en la Concepción Operativa de Grupo y en la clínica grupal (5,13).

- La contratransferencia del terapeuta en las situaciones y escenas grupales difíciles (9).

6/ Algunos conceptos fundamentales:

- Los organizadores grupales en la Clínica Grupal Operativa: encuadre, emergente (28), interpretación (29), y discurso grupal (30).
- Factores terapéuticos grupales en la Clínica Grupal Operativa (31).

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA Y LA GRUPAL OPERATIVA: BASES DE LA FORMACIÓN

Sabemos que la eficacia de los tratamientos de las psicopatologías siempre depende de diversas variables y, entre ellas, dos fundamentales: la formación teórico-técnica-afectiva y la subjetividad del profesional. En el libro “El médico como persona en la relación médico-paciente” (6) concluí afirmando que las carencias formativas generaban mucha ansiedad y angustia en los profesionales, sobre todo, en lo referente a la relación profesional-paciente.

De ahí nuestra insistencia en la pertinente formación de los profesionales en los servicios públicos, en que tengan fuertes bases en la clínica y en metodologías grupales, para hacer realidad que la clínica sea grupal e institucional, con un eje central: los grupos terapéuticos (5). Es imprescindible que los profesionales de salud mental tengan formación en las bases de la teoría psicoanalítica, porque la clínica en los SSM requiere

del conocimiento de la subjetividad, los síntomas y la psicopatología, que dependen de los procesos inconscientes del sujeto. En la clínica grupal, el conocimiento de la subjetividad, de los modos de vinculación, y del posicionamiento frente al síntoma nos diferencia de otras teorías. Los síntomas son formaciones del inconsciente, y defensas que nos permiten develar el deseo, y comprender lo más íntimo y desconocido para el propio sujeto (32).

Asimismo, en la CGO, un foco central en la formación es el conocimiento de la subjetividad del profesional. Y es central porque su desconocimiento produce variados síntomas, entre ellos, bloqueos e inhibiciones en su función terapéutica. En nuestra clínica, la contratransferencia es un objeto de investigación prioritario porque sabemos que los resultados de los procesos terapéuticos dependen en gran parte de las vicisitudes del vínculo terapéutico. La elaboración de la contratransferencia es un objetivo central, sabemos que, si no es elaborada, obstaculiza el trabajo clínico. Este modelo prioriza su investigación en los grupos de supervisión o análisis personal, aunque también podrá analizarse, cuando hay un buen equipo, en los espacios post y pregrupales, previos a los grupos terapéuticos.

Hemos trabajado la temática contratransferencial en las situaciones grupales difíciles. Sigo la perspectiva lacaniana, a partir de los 80: la contratransferencia ha de ser pensada como una interferencia del deseo del analista en la aparición del deseo del paciente. Parafraseamos dos citas de Lacan, en el Seminario 8: “estamos afectados de mil maneras por el enfermo”; “el analista

actúa menos por lo que dice y hace, que por lo que es” (33).

La formación en Clínica Operativa propone: “dispositivos operativos” que posibilitan abordar los obstáculos teórico-técnicos-prácticos y afectivos, y facilitan el análisis de las angustias que se movilizan a lo largo del proceso formativo grupal de los terapeutas. Estas angustias son más intensas en los inicios, como observamos en este emergente de un grupo reciente de formación: “estoy rara, tengo angustia, no quiero que piensen que estoy loca y me invaliden como profesional”.

Este modelo permite observar la implicación del profesional, y la del paciente, facilitando la investigación de las variables subjetivas, grupales, institucionales, y sociales que están implícitas en el proceso de salud/enfermedad y en los procesos terapéuticos. Por ello, insistimos, en que sea priorizado en la formación pública para el trabajo en los SSM (34). Una formación que ha de organizarse conjuntamente entre los responsables de los Programas de formación de residentes, los de formación continuada y los responsables de los programas psicoterapéuticos asistenciales.

Si nos basamos en la cartera de servicios que se ofrece, la formación en clínica grupal ha de ser imprescindible para los profesionales de lo público. Si se tienen que realizar psicoterapias grupales, ha de ofrecerse una formación que lo posibilite. De ahí que instemos a los responsables a que, en la residencia, desde el inicio hasta su finalización, se instrumente lo mejor posible a los futuros adjuntos en

las funciones psicoterapéuticas. Y, sobre todo, en lo más complejo que se le solicita: la coordinación de espacios grupales y grupos psicoterapéuticos en sus diversas modalidades: pareja, grupo, familia, y multi-interfamiliar (15).

Este modelo de formación grupal ha de estar dirigida a todos los profesionales de los SSM, por supuesto, con diferentes niveles de profundización; todos han de aprehender que los diagnósticos han de ser situacionales. Los psicoterapeutas, para orientar el foco en la cura han de conocer las variables bio-psico-sociales y evaluar su incidencia en el proceso del enfermar. Un conocimiento que permitirá conocer y abordar los factores disposicionales y desencadenantes, como señaló Pichon Rivière (2).

Sabemos que, los espacios grupales en la formación y supervisión son privilegiados para observar la apertura del inconsciente intrapsíquico e intersubjetivo y del latente grupal. De ahí que insistamos en la importancia de tener experiencias grupales previas, de haber realizado algunos trabajos personales en grupo, de este modo, al final de la residencia, se tendrán algunos conocimientos sobre la importancia de la subjetividad en las dinámicas grupales e institucionales, y la influencia de estas sobre el profesional.

La supervisión de los grupos terapéuticos permite observar los mecanismos defensivos y resistencias, y su progresivo análisis posibilitará la emergencia del retorno de lo que fue reprimido, denegado o rechazado en el proceso grupal. En estos grupos se podrá observar los grupos internos de los

pacientes y del equipo terapéutico, y los progresivos deslizamientos del denominado “grupo interno” sobre el “grupo externo” actual (sabiendo que funciona como una banda de Moebius). Es decir, observar las redes vinculares construidas en la infancia del paciente y del profesional, y cómo sus modos de vinculación se manifiestan en el grupo actual.

En estos espacios grupales de formación, a través de las conversaciones y diálogos grupales, los residentes MIR, PIR y EIR (médicas/os, psicólogas/os enfermeras/os) evidenciarán que la psicopatología es emergente de las problemáticas personales, de las contradicciones y ambigüedades del sujeto, y también efecto de los conflictos intersubjetivos, grupales e institucionales.

Aprenderán que, los frecuentes malentendidos inherentes a la comunicación en las relaciones intersubjetivas están mediadas por el “grupo interno” de los sujetos, es decir, por el aparato de significar el mundo del que disponemos cada uno. Y cómo en el trabajo en común, tanto en el grupo de supervisión como con los pacientes, se va construyendo una “conversación libre grupal”, un “pensamiento convergente grupal”, un “discurso grupal” que potenciará el develamiento del significado de los síntomas, a través de las intervenciones de los terapeutas y compañeros del grupo.

En los grupos irán detectando los significantes fundamentales que han marcado al sujeto: las separaciones, abandonos, abusos, pérdidas, reales o fantaseadas, la muerte, la sexualidad y la enfermedad, entre otros. Se observarán, detectarán, y significarán

las causas y desencadenantes de los padecimientos subjetivos. Se aprenderá que, si prima la incomunicación en las relaciones, los mecanismos defensivos patológicos, la compulsión a la repetición, o las elaboraciones fallidas de pérdidas significativas se desencadenarán los síntomas. Y también que, los síntomas se agravarán y darán lugar a los diferentes cuadros psicopatológicos en función de su elaboración.

El modelo de Clínica Grupal Operativa se apoyará en 7 pilares:

- **El aprendizaje de la observación y coordinación de grupos psicoterapéuticos**, organizados desde el “Programa de Psicoterapia de Grupo” del CSM, para los residentes MIR y PIR. Un aprendizaje progresivo en ambos roles (como observador, los primeros seis meses; observador-participante, hasta finalizar el segundo año; como coterapeuta, el tercero; y, el cuarto, como coordinador).
- **La formación teórica/técnica y clínica** en las diversas orientaciones terapéuticas grupales, y en los conceptos imprescindibles de la terapia grupal; un aprendizaje realizado con metodologías grupales.
- **Los espacios grupales de supervisión clínica** que posibilitará la elaboración de los temores y fantasías frente al paciente (la sexualidad, la agresividad y el suicidio...), la enfermedad (grave, crónica o terminal), y la institución.
- **Las supervisiones institucionales**, a través de la participación en “grupos de reflexión institucional” que permiten profundizar en las variables grupales e

institucionales que influyen en el vínculo terapéutico. Preferentemente con supervisores formados en “Grupo Operativo”, “Grupo Balint”, “Grupoanálisis” o “Psicodrama”.

- **Las sesiones clínicas** con presentación de grupos terapéuticos en sus diversas modalidades y psicopatologías; espacio que ha de ser muy cuidado por el equipo, para disminuir las resistencias de los profesionales.
- **Las reuniones de equipo** semanales, para la organización de las diversas tareas institucionales, y con el objetivo de lograr un trabajo en equipo, y un Esquema conceptual referencial operativo (ECRO) común.
- **El análisis personal** que, aunque lo ponga al final, es preciso saber que está en la base de la formación; tanto en modalidad grupal como en individual, ya que el cambio psíquico del paciente es una difícil tarea en la que se está implicado emocionalmente.

En resumen, 1ª CGO basada en la Concepción Operativa de Grupo aporta una conceptualización más compleja de los procesos de salud, del enfermar, y de la terapia; un conocimiento acerca del sujeto, los grupos e instituciones. Se apoya en la teoría psicoanalítica para la comprensión del aparato psíquico, de la estructura normal y patológica, las formaciones del inconsciente, y la función del síntoma. Y en lo grupal operativo para ofrecer una teoría del vínculo, de las redes vinculares gru-

pales e institucionales, que están siempre atravesadas por lo comunitario-social.

El grupo es un potente agente terapéutico y un gran instrumento para la Psiquiatría y la Psicología Comunitaria, de ahí que instemos a los responsables para que los residentes se formen en las herramientas psicoterapéuticas grupales, sólo de ese modo podrán implementarlas en los SSM. Durante la residencia pueden aprehender la especificidad de “lo grupal”, la producción de “factores terapéuticos grupales”, que son “formaciones de la grupalidad”, y de gran interés para el cambio, al facilitar las progresivas articulaciones e integraciones entre grupalidad y subjetividad.

LA CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA: “OTRA” CLÍNICA PARA LOS SUJETOS, LOS GRUPOS Y LAS INSTITUCIONES

La CGO cuestiona el discurso social y médico de las concepciones vigentes de los procesos del enfermar y terapéuticos en Salud mental. Critica el discurso de la Psiquiatría y Psicología oficial, un discurso biomédico negacionista de las causas psicosociales que, sabemos, están en el origen de la mayoría de los procesos psicopatológicos de los ciudadanos. Asimismo, crítica el funcionamiento de las instituciones de Salud Mental porque sus disfuncionalidades son responsables de la cronificación de los problemas psicopatológicos de los ciudadanos.

Este modelo propone “otra” clínica para los sujetos, los grupos y las instituciones, como hemos señalado, los dispositivos grupales funcionan como potentes instrumentos para abordar la multiplicidad de factores intervinientes en la causación de la psicopatología: socio-familiares, intersubjetivos e intrapsíquicos. Una propuesta grupal, resultado de su eficacia en un abanico amplio de psicopatologías, desde las leves a las más graves.

En este modelo, insistimos en que el grupo funciona como el principal agente terapéutico, como un potente analizador en los diversos momentos de la cura, generando significativos factores terapéuticos grupales que facilitan mejores evoluciones y pronósticos de las psicopatologías. En las formas graves y algunas moderadas, el trabajo grupal disminuye y evita el riesgo de evolución hacia formas más graves. Y, en la mayoría de las moderadas y las leves, disminuye el riesgo de cronificación, incrementado por las carencias crónicas de tratamientos psicoterapéuticos en los CSMs.

La crisis actual de los SSM requiere que los grupos psicoterapéuticos sean dispositivos de elección. Lo grupal en sus diversas modalidades: grupos de recepción, de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, grupos de crisis, grupos psicoterapéuticos, grupos familiares y multi-interfamiliares, grupos de rehabilitación-recuperación, grupos comunitarios, “grupos de reflexión institucional”, grupos de formación y/o supervisión, grupos de actividades diversas en las psicopatologías más graves...

Los “grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica” son desconocidos actualmente en nuestro país, se instituyeron hace unas décadas en el CSM de Getafe en Madrid, con la denominación de “Primeras entrevistas grupales” (PEG). Estos espacios, por cuestiones institucionales, y la incorporación de los pacientes del denominado entonces Insalud se transformaron en un nuevo dispositivo: “el equipo de recepción y evaluación” (RE), en el que participé durante un tiempo. Muchos años después y con mis palabras describo las diversas funciones de este equipo: detectar las urgencias subjetivas para su derivación urgente o preferente; discriminar las demandas y su lugar de atención; realizar la evaluación clínica y social, y proponer la mejor indicación terapéutica en función de los recursos terapéuticos disponibles. En la elaboración del equipo RE se decidía: dar el alta o derivar: a la Unidad de Agudos del hospital, a los diversos tratamientos de los SSM (psicoterapéuticos y/o farmacológicos), a Atención Primaria, con o sin tratamiento, a Servicios Sociales, y a grupos comunitarios.

El equipo de recepción y evaluación tenía otras funciones: una función de contención de la presión asistencial para el resto del equipo, una articulación entre las problemáticas externas e internas y, otra de gran importancia, era un espacio de formación, aprendizaje y supervisión de los residentes. El equipo de recepción y evaluación (RE) recogía toda la demanda asistencial, proponía a la población y a los profesionales un modelo, un ECRO común, y criterios coherentes para la atención de los SSM, lo que

tenía como efecto una menor ambigüedad institucional.

Los funcionamientos grupales para la recepción, evaluación o indicación terapéutica, en el momento actual, serían grandes instrumentos para salir de los modelos individualistas, y también para lograr una amplia participación de profesionales en el abordaje de estas tareas, en sus dos vertientes: asistenciales y de formación. Es evidente que este trabajo en equipo favorecería los pasajes de los dispositivos de evaluación a los de tratamiento; unas tareas que en este momento no tienen ninguna articulación.

Muchos años después de la implementación de este modelo de clínica grupal, intenté, primero sola y después en compañía, poner en marcha espacios grupales de evaluación e indicación terapéutica en el CSM en el que trabajaba. Un proyecto que no se pudo realizar, suponemos que no fue posible por diversas causas: las resistencias de los responsables de los centros, las diferencias teóricas, y los criterios más políticos que profesionales de la dirección de Salud Mental. En estas decisiones observamos cómo la ideología, aunque la situación sea de saturación y colapso asistencial, obstaculiza poner en marcha instrumentos que serían imprescindibles para lograr una mejor organización de los SSM. Y aunque se precisen otras respuestas a las demandas de la comunidad, en las que se tengan en cuenta los factores sociales, y las diferencias en cuanto a género y edad.

La Psiquiatría/Psicología Clínica, comunitaria y social, requiere conocer la influencia

de las variables sociales, sabemos que los resultados en salud, en un 73%, dependen de determinaciones sociales (género, menor nivel de educación y ocupación laboral, déficits en la vivienda, menores ingresos, soledad, etc.) En la clínica comunitaria, nuestras propuestas son: evaluaciones de la demanda y de la psicopatología en espacios grupales, elaboración de “diagnósticos situacionales”, indicaciones más pertinentes de los tratamientos, y derivaciones más ajustadas a los deseos, demandas, y necesidades de los pacientes; por supuesto, en función de la disponibilidad y recursos de la institución.

Las estrategias clínicas han de estar orientadas por las variables comunitarias y sociales, estas perspectivas más amplias de la clínica posibilitan afrontar mejor las subjetividades y las complejidades de la grupalidad y, asimismo, lograr una mejor articulación entre ambas. La CGO sería una “clínica ampliada”, utilizando el término de Osvaldo Saidón.

Al operar y producir cambios en los sujetos, grupos e instituciones, este modelo se constituye como alternativo al paradigma de la “clínica individual” que actualmente se realiza en los SSM. El análisis de las resistencias y los cambios que precisan nuestras instituciones sólo es posible si se dispone de teorías y metodologías grupales. El análisis de los funcionamientos disfuncionales es un primer paso para lograr las transformaciones que se precisan en los SSM.

Hemos señalado que, el interés de esta clínica ampliada es su capacidad para lograr una mayor comprensión de la psico-

patología, y su propuesta de tratamientos grupales “operativos”, que se han constatado muy eficientes en lo público. Es una clínica ampliada que genera dinámicas grupales que facilitan el análisis de las ansiedades, angustias, defensas y resistencias de los implicados, resultando muy eficaces para el cambio de los sujetos (pacientes/profesionales), grupos, e instituciones. Una clínica ampliada que genera otro “plus de valor”, como hemos señalado, la producción de factores terapéuticos grupales que influyen en la economía subjetiva y grupal potenciando los cambios grupales y subjetivos.

El abordaje de la complejidad por: la multiplicidad de sujetos, objetos, relaciones, vínculos, afectos, modos de vinculación, mecanismos de defensa y goces singulares, es facilitado por esta clínica. Con el “plus” de la percepción de otros “objetos de conocimiento” que no son visibles en otras estrategias terapéuticas, y de la observación de los diversos mecanismos defensivos que están en el origen de las diversas patologías: en la neurosis, la represión; en la psicosis, la forclusión; y en los denominados borderline, la denegación (24). En estos espacios privilegiados de evaluación, indicación y tratamiento se facilita también la observación de otros mecanismos inconscientes para el sujeto, entre ellos: la identificación, proyección, depositación, segregación, negación e idealización.

En síntesis, la CGO es una conceptualización que ofrece instrumentos muy eficaces para la comprensión e intervención en las diversas tareas de promoción, prevención, tratamien-

to y rehabilitación. Es una clínica grupal e institucional que promueve Programas asistenciales y docentes basados en un eje central: las Psicoterapias; con un núcleo primordial: las psicoterapias grupales, que incluyen las familiares y la multi-interfamiliares. Una teoría que ofrece herramientas muy eficaces para una clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones.

LA CLÍNICA GRUPAL OPERATIVA: ¿QUÉ CAMBIOS PROPONE RESPECTO AL PARADIGMA BIOMÉDICO ACTUAL?

Hemos señalado que, la clínica actual precisa de una diferente conceptualización de los procesos del enfermar y de la cura que permita una integración de los factores biopsicosociales, y evite los riesgos del paradigma biomédico predominante en el campo de la salud mental. Un paradigma que posibilite una clínica con lecturas más complejas de los procesos del enfermar, y que proponga estrategias psicoterapéuticas potenciadoras de los procesos de significación para lograr mejores elaboraciones de las problemáticas y crisis subjetivas. También hemos subrayado que el modelo operativo es un instrumento para lograr los cambios que precisa el campo de la Salud Mental, por eso nos interesó, ya en los 70, la clínica pichoniana. Una clínica grupal psicoanalítica que possibilitaba pensar junto a otros, co-pensar, y lograr un pensamiento grupal en los pacientes, y un ECRO grupal en los profesionales.

Hemos continuado la clínica de Pichon Rivière desde entonces, y los desarrollos de Bauleo, que fue mi maestro, en su trabajo sobre la “Concepción Operativa de Grupo”. Y, los últimos años, en el deseo de desarrollar esta clínica, investigué algunos conceptos de la teoría, y propuse algunos términos para la clínica grupal que realizaba. En las reuniones y debates del grupo internacional sobre la Concepción Operativa de Grupo (MIAU, que nombra los países de origen de los compañeros¹), debatimos ampliamente el nombre para la clínica que realizábamos. Personalmente propuse el término que me parecía más pertinente: “Clínica Grupal Operativa”, que posteriormente pude compartir con algunos compañeros de Área 3, y de la Asamblea Internacional de Grupo Operativo.

Una clínica basada en lo vincular y comunitario, en lo común, en la vida cotidiana del sujeto, y en estrategias terapéuticas centradas básicamente en el trabajo psicoterapéutico grupal, generador de diálogos, pensamientos, y discursos en común con los otros. Una clínica grupal que promueve el co-pensar con los otros, como plantea Pichon Rivière, y que logra un pensamiento grupal complejo constituido por interrogantes sucesivos que generan posibles respuestas, y para el que propongo el término: “pensamiento convergente grupal”.

En lo que respecta a una de las reglas del proceso grupal, la “asociación libre en los

grupos”, en lugar del término “discusión libre grupal” que propusiera Foulkes, prefiero utilizar el significante “conversación libre grupal”, un diálogo asociativo alrededor de la tarea terapéutica. Una conversación y diálogo que construirá el “pensamiento convergente grupal”, que es el producto del co-pensamiento entre todos. Asimismo, en la producción de redes interdiscursivas, junto a los pensamientos y discursos convergentes se liberarán y generarán afectos y acciones que conjuntamente producirán un discurso común: “el discurso grupal”.

La CGO propone transformaciones relevantes respecto a la clínica individual, de las que señalaré doce:

1. El primero, referido al paradigma, al cambio desde el modelo biológico al bio-psico-social; porque se precisa dar mayor significación a lo psico-social en el proceso del enfermar.
2. El segundo concierne a la “relación clínica”, al pasaje desde un modelo autoritario/paternalista a una relación en la que las palabras del paciente/s y del grupo sean protagonistas.
3. El tercero hace referencia al síntoma, producción y defensa del sujeto, y a la necesaria transición desde una clínica de la mirada a una clínica de la escucha. Transitar desde el “sin sentido” del síntoma, a la búsqueda del “sentido y goce” del sujeto.

1 Alex Scherzer, Lola Lorenzo, Margarita Lorea, Ricardo Klein, Rosa Gómez Esteban, Fiorenza Milano, Raffaele Fischetti, Giuseppe Ceresi, Lucia Balello.

4. El cuarto alude al pasaje desde la psicopatología “individual” a las configuraciones subjetivas, a los modos de vinculación, a la psicopatología grupal (que incluye lo intrapsíquico, lo intersubjetivo-vincular, lo grupal, y lo institucional-comunitario-social).
 5. El quinto se centra en el equipo, en la necesaria transformación de los agrupamientos de profesionales en “equipos interdisciplinarios” que puedan hacerse cargo de las complejas tareas de la institución.
 6. El sexto se refiere al funcionamiento por Objetivos y Programas, priorizando los programas de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental; y también con Servicios Sociales, Educación, etc.
 7. El séptimo hace referencia a la psicoterapia, a la paulatina transición en los SSM de las psicoterapias individuales a las psicoterapias grupales, familiares y multi o interfamiliares.
 8. El octavo se centra en la formación y supervisión, con el necesario pasaje de las metodologías individuales a las metodologías grupales, capaces de posibilitar la construcción de una “conversación libre grupal”, del “pensamiento convergente grupal”, del “deseo común de saber”, y del “discurso grupal”.
 9. El noveno se refiere a la función del terapeuta del grupo, a diferencia de la medicina que exige ocupar el lugar del “saber”, en la clínica grupal se propone un lugar de “no saber”, que permita escuchar los saberes de los inconscientes de los pacientes, y del latente grupal.
 10. El décimo cambio hace referencia al pasaje de las “transferencias de afectos” a la “transferencia de trabajo” que facilita y potencia los procesos de significación y elaboración grupal e individual.
 11. El undécimo cambio remite a las transformaciones progresivas de la libido narcisista en libido objetal, a los pasajes de los narcisismos individuales al “narcisismo grupal”.
 12. El doceavo cambio alude a los pasajes desde la indiscriminación a la discriminación, de las identificaciones a las desidentificaciones; al tránsito desde la “mismidad” a la “otredad”, con la posibilidad de reconocimiento del otro y de las diferencias.
- Después de señalar los cambios que la CGO propone respecto a los paradigmas actuales, quisiera centrarme en un concepto que me parece imprescindible para esta clínica y para la comprensión de los procesos grupales. Con el término “discurso grupal”, objeto de mi interés e investigación desde hace años, hago referencia: “al discurso asociativo de los emergentes grupales que se va construyendo y desarrollando a lo largo del devenir grupal, dando cuenta de cómo ha sido el desarrollo de la tarea terapéutica, al finalizar el proceso. El discurso grupal es la principal “formación específica grupal”, el emergente del devenir grupal, un producto específico del grupo, de lo común, del vínculo con los otros, y fruto de la asociación de todos los emergentes a lo largo del proceso.

El discurso grupal, singular para cada grupo, lo propuse como el principal objeto de conocimiento de la CGO, la principal formación grupal, el principal agente terapéutico y factor terapéutico grupal, debido a su capacidad para potenciar los procesos de significación y elaboración en el grupo. Es el discurso de “lo grupal”, generado en los entrecruzamientos de los diferentes discursos subjetivos e intersubjetivos, emergente de las interacciones recíprocas, y producto de la interrelación de los pensamientos/afectos/actos, y de los diálogos y discursos observados en los sucesivos movimientos de dialectización que organizan la espiral dialéctica pichoniana.

En resumen, la CGO al privilegiar las palabras, discursos, afectos y actos, y al incorporar e integrar la escucha y lectura psicoanalítica con la grupal, logra una articulación entre la teoría y la práctica, y el pensamiento-afecto y acción. Una integración que permite a los profesionales obtener comprensiones más complejas de las diferentes subjetividades, organizaciones psíquicas, de la función de los síntomas, las psicopatologías, los diagnósticos, es decir, de la clínica que realizan.

La clínica grupal, al posibilitar la flexibilización de las defensas y resistencias subjetivas, y una vez pasadas las etapas iniciales del proceso grupal, permite potenciar los deseos subjetivos de cambio y confluir en lo que denomino: “un deseo común de saber”. Este deseo común de saber generará “el pensamiento convergente grupal” y posteriormente “el discurso grupal”, que aunará pensamiento-afecto y acción.

Nuestras intervenciones, en el trabajo grupal, las orientaremos hacia lo común o lo diferente, dependiendo de los momentos del proceso, y, de ese modo, facilitaremos que los pacientes o terapeutas sean protagonistas activos en los movimientos grupales.

Los cambios en los procesos terapéuticos grupales se observarán en la lectura de emergentes, en el discurso grupal parcial de cada sesión. En nuestras intervenciones y en las sucesivas lecturas de emergentes, como equipo terapéutico, privilegiaremos el discurso grupal porque muestra lo latente grupal, y será su develamiento lo que generará los cambios en la grupalidad y, por tanto, los cambios subjetivos.

PARA TERMINAR...

La CGO, basada en la Concepción Operativa de Grupo y en la Teoría Psicoanalítica, se propone como un nuevo paradigma para el campo de la Salud Mental, un modelo alternativo para pensar los procesos del enfermar y terapéuticos en la Psiquiatría y Psicología Clínica, Comunitaria y Social de nuestro país. Es un instrumento privilegiado en la promoción, prevención, terapia y rehabilitación, y esencial en los procesos de evaluación e indicación terapéutica para abordar la subjetividad, la demanda, el síntoma, la psicopatología, e indicar los tratamientos psicoterapéuticos más pertinentes para los “pacientes/padecientes”.

Las metodologías grupales son imprescindibles para los SSM porque al trabajar sobre las resistencias de los profesionales

facilitan el cambio, el trabajo en equipo y la organización institucional. El trabajo “en”, “entre”, y “del” equipo es fundamental para la organización y realización de las tareas asistenciales, docentes, y de investigación. Como nuevo modelo didáctico posibilita un aprendizaje diferente, ya que logra articular la teoría, la técnica y la práctica, y el pensamiento, afecto y acción del profesional.

La Psiquiatría y la Psicología Clínica, Social y Comunitaria, ha de seguir desarrollando sus fundamentos teóricos para constituir la base del trabajo de los profesionales en todos los dispositivos de Salud Mental. Las instituciones han de responsabilizarse en ofrecer buenos Programas de Formación, Asistencia e Investigación; con el objetivo de lograr la mejor atención psicoterapéutica de los pacientes. Los diversos dispositivos grupales terapéuticos, entre ellos, los grupos psicoterapéuticos, en el marco de la CGO se han constatado eficaces y eficientes en todas las psicopatologías y sufrimientos subjetivos.

Las metodologías grupales son necesarias en la formación y asistencia para hacer realidad la cartera de servicios que actualmente se ofrece en los SSM. La formación, supervisión y el análisis de los terapeutas es imprescindible para que los pacientes reciban “el mejor trato y tratamiento para su sufrimiento subjetivo”. La formación en la Concepción Operativa de Grupo puede ser

un modelo para que nuestras instituciones de Salud Mental tengan una función acogedora, contenedora y terapéutica. Como modelo didáctico tiene la capacidad de organizar diversos espacios grupales para que los futuros psicoterapeutas aprehendan la función analítica grupal y puedan conocer los efectos de las dinámicas grupales sobre las subjetividades, y viceversa.

El interés de la teoría y práctica en CGO es su gran potencial terapéutico, sus intervenciones actúan sobre la multiplicidad de sujetos y objetos transferenciales, por lo que tienen un efecto multiplicador de los procesos de significación y de elaboración subjetiva y grupal. Es un gran instrumento para el cambio subjetivo y grupal por su capacidad de generar “Factores Terapéuticos Grupales” que facilitan y potencian los procesos de significación y elaboración.

Pero, aunque sepamos que esta teoría, técnica, didáctica y metodología de tratamiento e investigación tiene gran eficacia y eficiencia, y por ello debería implementarse en nuestro país, una pregunta insiste: ¿qué debemos hacer para que las psicoterapias grupales operativas psicoanalíticas, que se han evidenciado como modelos muy eficaces, eficientes y sostenibles para los SSM, sean implementadas de manera relevante en lo público?

Referencias bibliográficas

1. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. Madrid: Alianza Editorial; 1985.
2. Pichon Rivière E. El proceso grupal, Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión; 1975.
3. Aparicio Basauri V. Ecos de plataforma, episodio 7, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria: Psiquiatría social, youtube Aen Asturias.
4. Gómez Esteban R. Clínica grupal Operativa: ¿Un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones de salud mental? Rev. AEN. 2022;42(142):259-286.
5. Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. Rev. A.E.N. 2019; 39(136):121-146.
6. Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid: Fundamentos; 2002.
7. Manifesto della Salute Mental, la cura nella Salute Mental como valorizzazione della persona e difesa della democrazia; <https://dirittoallasalutementale.it>
8. De Brasi M, Bauleo A. Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Atuel; 2007.
9. Gómez Esteban R. La “contratransferencia” del psicoterapeuta grupal: implicación y subjetividad en las escenas grupales difíciles y temidas. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, De la Hoz Martínez A, editoras. Lo grupal en tiempos de pandemia. Madrid: AEN; 2023 (en prensa).
10. Volnovich P. Contratransferencia a lo largo de la historia. En: San Miguel T, et al. La contratransferencia: concepto maldito. En X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2018.
11. Bauleo A, Duro JC, Vignale R, coordinadores. Concepción Operativa de Grupo. Madrid: AEN; 1990.
12. Gómez Esteban R. Algunos conceptos sobre clínica grupal. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R, coordinadores. La Concepción Operativa de Grupo. Madrid: AEN;1990. p. 79-106.
13. Gómez Esteban R. La Formación en Psicoterapia de Grupo. El necesario cambio de los programas asistenciales y de formación. Revista de Psicoterapia. 2022;33(121):101-123.
14. Nasio JD. Los más casos famosos de psicosis. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2001.
15. Gamo Medina E, Gómez Esteban R, coordinadores. Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN; 1997.
16. <http://www.area3.org.es/sp/category/1/Revista%20%C3%81rea%203>
17. Ger E, Trullén Tamarit E, Clarós Font E. Psicoterapia en grupo paralelo de madres y padres: focalizando en la función parental. Barcelona: Psicolibro; 2022.
18. Gómez Esteban R. Una perspectiva histórica de la Psicoterapia de Grupo. En: Gamo Medina E, Gómez Esteban R, coordinadores. Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN; 1997. p. 11-38.

19. Gómez Esteban R. Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales. Rev. AEN 2020;40(137):131-154.
20. Gómez Esteban R. El Equipo en el Centro de Salud Mental, ¿realidad o utopía? Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales. 2019;22.
21. Gómez Esteban R. Palabra y escucha en la relación médico-paciente. En: Cerame del Campo A et al. Manual de la Relación Médico-Paciente. Madrid: Foro de la Profesión Médica; 2109.
22. Gómez Esteban R. Los afectos del médico y sus efectos sobre la salud. En: Cerame del Campo A et al. Manual de la Relación Médico-Paciente. Madrid: Foro de la Profesión Médica; 2109.
23. Gómez Esteban R. Algunos conceptos de la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan para la comprensión de la subjetividad y grupalidad. Rev. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2021;25.
24. Gómez Esteban R. El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicótica, borderline y enfermedades orgánicas. Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018;3.
25. Gómez Esteban R. Psicoterapia de grupo psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal. En: Gómez Esteban R, Rivas Padilla, E, coordinadores. La práctica analítica en las Instituciones de Salud Mental, la Psicosis y el malestar en la época actual. Madrid: AEN; 2006.
26. Gómez Esteban R. “Clínica grupal” en pacientes bipolares: un viaje desde la “locura” a la “separación”. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, De la Hoz Martínez A, editoras. La Clínica Grupal en los Servicios de Salud Mental. Madrid: AEN; 2021. p. 35-72.
27. Gómez Esteban R. Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo en los Trastornos Límite de Personalidad. En: Gómez Esteban R, Rivas Padilla E, coordinadores. 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; 2009.
28. Gómez Esteban R. Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”. Rev. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2014;18.
29. Gómez Esteban R. La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica. Rev. AEN. 2017;132:379-399.
30. 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, editoras. La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental. Madrid: AEN; 2018.
31. Gómez Esteban R. Factores terapéuticos grupales en la psicoterapia de grupo psicoanalítica-operativa. Rev. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2021;24.
32. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Biblioteca Nueva; 1997.
33. Lacan J. La transferencia. El Seminario, 8. Buenos Aires: Paidós; 2006.
34. Gómez Esteban R. Concepción Operativa de Grupo y Psicoterapia Grupal Psicoanalítica Operativa. En Homenaje al profesor Armando Bauleo. Revista Área 3. 2008;2.

Reflexiones acerca de los Grupos Operativos virtuales.

La técnica de Zoom en los Grupos Operativos de formación

Reflections on virtual Operational Groups.

Zoom technique in Operative training Groups

Gladys Adamson

Doctora en Psicología Social. Directora de la Escuela de Psicología Social del Sur, Argentina.

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

La pandemia abre un nuevo capítulo en la Psicología Social de Pichon Rivière que hay que indagar a través de la praxis y la reflexión conjunta. El dispositivo zoom hay que tomarlo como ámbito de práctica e indagación en sí mismo. Se investigarán sus cualidades específicas: definición, encuadre, ansiedades y contradicciones singulares que manifiestan, logros y potencialidades, y la naturaleza de los vínculos que se despliegan.

Palabras clave: Grupos operativos virtuales, psicología social de Pichon Rivière.

Enrique Pichon Rivière señala la *vinculación respiratoria* a través del grito como uno de los rasgos más primarios de ese primer Pattern de relación del bebé recién nacido con la madre.

No deja de ser llamativo que en este momento es el aire el que permite acceder a esta nueva interrelación demanda-respuesta

ABSTRACT

The Pandemic opens a new chapter on the Social Psychology of Pichon Rivière that must be investigated through praxis and joint reflection. The Zoom tool must be taken as a field of practice and inquiry, its specific qualities will be investigated: definition, framing, anxieties and singular contradictions that arouse, achievements and potentialities, and the nature of the links that become unfolded.

Key words: Virtual operational groups, social psychology of Pichon Rivière.

a través del espacio virtual con nuestros seres queridos y no solo; también logra reestablecer los vínculos con colegas en un trabajo conjunto, el dictado de clases y las reuniones de grupo operativo de formación.

Creo que es necesario constatar que no se trata del encuentro con la imagen de otros cuerpos¹ solo por el encuentro en sí. Hay un

1 Y tampoco es la imagen del cuerpo completo, solo una porción: la cabeza y algo del torso del otro.

proyecto formativo que los enlaza. No es un encuentro meramente afectivo; hay un deseo de formarse en Psicología Social y un deseo de los docentes y coordinadores de formar estudiantes en esta disciplina.

No es un encuentro especular con semejantes, es un anudamiento deseante, particular, compartiendo imágenes, palabras, conceptos y saberes con una direccionalidad: la tarea. Son grupos centrados en una tarea, una praxis reflexiva.

La formación en Psicología Social a través del Grupo Operativo se caracteriza por involucrar el esquema referencial en la situación de aprendizaje. Es lo que Didier Anzieu llama la *condición de ser en el saber*. Es la técnica de zoom que permite el registro de indicios o indicadores virtuales de aquello que el otro piensa, siente y hace². Una manera de resistencia que hemos comprobado es apagar la cámara de video por lo cual solo se le escucha. Es necesario tomar esta actitud como ruptura del encuadre de Grupo Operativo e indagar en sus causas.

En el momento de intercambio durante una clase, una integrante (con la cámara apagada) hace una pregunta a la docente y ésta le responde agregando “me gustaría verte”. La estudiante le responde “lo que pasa es que tengo un resfrío y estoy muy congestionada”. O sea que en este caso la causa de

este “síntoma” era una cuestión de estética; no ser vista con una mala apariencia o bien por pereza que la lleva a no maquillarse para disimular su congestión.

E. Pichon Rivière considera al campo de saber que se aborda en el Grupo Operativo como polifacético, multidimensional. Ese “objeto” de conocimiento, estimulado durante la información recibida, entrelaza en el **diálogo**: conceptos vertidos en la clase, conceptos que provienen de otras ciencias, saberes que provienen de la práctica social cotidiana en una espiral y praxis grupal que se despliega durante una hora y media. Esta heterogeneidad de dimensiones en la tarea permite incluir las experiencias y vivencias cotidianas de la cuarentena al reflexionar sobre conceptos como comunicación, **vínculo**, aprendizaje, dialéctica, y dialéctica en los Grupos Operativos, adaptación activa a la realidad y otros ejes conceptuales importantes del Esquema conceptual, referencial y operativo (ECRO) de Enrique Pichon Rivière.

Sintetizando, la ausencia más o menos súbita de la corporalidad del otro o los otros cuya presencia formaba parte de la cotidianidad en un proyecto vital determinado, enfrenta al sujeto a un cambio (un vacío, esa *nada*³, en el sentido que le da Pichon Rivière) con su secuela de incremento de las ansiedades, con la emergencia de fantasmas regresivos,

2 En rigor todo intercambio vincular implica la mutua percepción de las estructuras cognitivas, afectivas y de acción que conforman el *esquema referencial* de los involucrados en el encuentro.

3 El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay en él nada que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases en Zito Lema V. Conversaciones con E. Pichon Rivière. Buenos Aires: Timerman editores, 1976, pág. 107.

sentimientos de incertidumbre, **pérdida** de referente, desinstrumentación frente al futuro, culpa, **confusión, etc.** (1).

Este “vacío” que emerge frente a la ausencia del cuerpo del otro produce esta búsqueda angustiada y urgente de aquellas conexiones que puedan establecer, aunque sea débiles significantes como eslabones de una frágil cadena u oscilantes maderas de un puente sobre el abismo. Cuando el cuerpo del otro aparece, sobre todo, en su imagen virtual o representación corporal, la emoción, la alegría, el alivio por el re-encuentro es la contrapartida de la angustia sufrida y al mismo tiempo nos da la dimensión de lo traumático de su ausencia en un contexto como la pandemia por la COVID-19.

Esta situación devela el carácter social del ser humano, la necesidad del *vínculo* como el intermediario de todo aquello que nos conecta con el mundo y la realidad exterior e interior. Es por el vínculo que sobrevivimos a nuestro nacimiento, y por él, durante toda la vida, podemos reconocernos y dar cuenta de nuestra alteridad. La necesidad de otros, externos o internos, objetivos o subjetivos, en ese sentido, es primaria e imperiosa⁴.

En consonancia con esta reflexión, un fenómeno llamativo actualmente es la cantidad

de eventos vía zoom y vía streaming que se organizan en todas las disciplinas: salud, educación, ciencias sociales, economía, música o actividades culturales en general. Ha surgido una premura por llenar el espacio virtual de encuentros nacionales e internacionales sobre los más diversos temas.

Son especialmente llamativos los encuentros internacionales vía Zoom o análogos. Este fenómeno lleva a pensar que por un lado el horizonte de lo cotidiano presencial, del día a día se ha estrechado y quedado confinado a los límites de la propia casa, del hogar. Pero, la tecnología, especialmente el Zoom, ha ensanchado el mundo y lo ha puesto al alcance de nuestro escritorio o mesa de trabajo. Se ha abierto el horizonte, visualmente, a escala planetaria.

En la Escuela de Psicología Social del Sur creemos que las restricciones y el aislamiento físico van a perdurar por largo tiempo, por lo cual la formación de psicólogos sociales que sostiene nuestro proyecto institucional se realizará sostenido por experiencias con Grupos Operativos virtuales a través de la técnica de Zoom, al menos durante algún tiempo.

Debemos tomar esta herramienta como ámbito de práctica e indagación en sí

4 Los efectos devastadores en la identidad que tiene la ausencia del registro sensible de los otros lo dan los que han sido víctimas de las celdas de castigo durante la última dictadura. En: Ambort G. Algo se quebró en mí. Buenos Aires: Peña Lillo Ediciones Continente; 2011, p. 111. Logré aislarme, separarme completamente de los otros, hacerme sentir que no existía más. Alejarme totalmente de la humanidad y aniquilarme hasta que yo misma no me sintiera un ser humano. (...) Si reflexionamos bien, lo que más nos oprime en la vida es la sensación con que nos amenaza la nada. (...) El temor que procura la nada hace volar la razón en pedazos. En otras palabras, frente a la nada, somos pura angustia.

mismo, y no considerarlo meramente como un sustituto o símil” del “grupo operativo” presencial, cara a cara, sino como estructura grupal en sí. Procedería entonces investigar sus cualidades específicas: su definición y encuadre, ansiedades y contradicciones singulares que se manifiestan, sus logros y potencialidades, así como la naturaleza de los vínculos que se despliegan, etc. Creemos que con la pandemia se abre un nuevo capítulo

en la Psicología Social de Pichon Riviere que hay que indagar a través de la praxis y la reflexión conjunta, no retrocediendo frente al desafío de este nuevo salto cualitativo en la técnica y el ECRO creado y diseñado por nuestro maestro. A sus 114 años⁵, el autor se merece y nosotros nos merecemos avanzar hacia este nuevo territorio de incertidumbres que nos desafía pero que intuimos también rico en descubrimientos y recursos.

Referencias bibliográficas

1. Adamson G. Vicisitudes subjetivos del sujeto moderno. En: Adamson G. La Psicología Social de Enrique Pichon Rivière. Una perspectiva sociopsicológica, Buenos Aires: Lugar Editorial; 2014. p.51.

Gladys Adamson

Correspondencia: gladysadamson@gmail.com

5 El 25 de junio de 2021 Enrique Pichon Rivière cumpliría 114 años.

El método y la ética de la intervención psicosocial en la perspectiva de Enrique Pichon-Rivière

The method and ethics of psychosocial intervention in the perspective of Enrique Pichon-Rivière

Fernando Fabris

Doctor en Psicología. Psicólogo social.

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Enrique Pichon-Rivière (1907-1977) desarrolló una psiquiatría y psicología social, que irrumpieron en tanto teoría, a mediados de los años cincuenta, alcanzando su máxima expresión en la década del setenta. La nueva perspectiva emergió como diferenciación del psicoanálisis, al que se había adherido durante los primeros años de su carrera. Se fundamentó para ello, en la filosofía dialéctica, que constituía en aquellos años un horizonte insoslayable. A su original perspectiva psicológica y psiquiátrica subyace un método y una ética, tema del cual se ocupa este artículo.

Palabras clave: *Psicología social, dialéctica, método.*

ABSTRACT

Enrique Pichon-Rivière (1907-1977) developed a psychiatry and social psychology, which burst into theory in the mid-1950s, reaching its maximum expression in the 1970s. The new perspective arose as a differentiation from psychoanalysis, to which he had adhered during the first years of his career. For this, it was based on dialectical philosophy, which in those years constituted an unavoidable horizon. Underlying his original psychological and psychiatric perspective is a method and an ethic, the subject of which this article deals.

Key words: *Social psychology, dialectics, method.*

Vamos a llamar *método* al contenido filosófico, ético, estético e ideológico que sostiene la intervención psicosocial; su núcleo existencial, político y práctico; su sentido más profundo y los rasgos sobresalientes de su lógica psicodinámica más determinante. No como algo que proviene de afuera, sino como dimensión interior que se revela con el

tiempo y siempre de modo siempre distinto. El método Pichon-Rivière, comprendido como lo sustancial de un proceder profesional, presupone una filosofía, una ética y una ideología; y a la vez las trasciende, no porque pueda librarse de aquellas grandiosas referencias fundamentales, sino porque las especifica en una práctica particular,

constituyendo así, el método, la identidad más concreta e inalienable de esta práctica científica.

La apropiación de la dialéctica, por parte de Pichon-Rivière, significó poner en primer lugar categorías como proceso, praxis y contradicción. También ocuparon un lugar definitorio nociones como complejidad, totalidad totalizante o estructura estructurándose. Estas nociones se juegan en la intervención psicosocial como operación sobre planos que se entrelazan; movimientos simultáneos y sucesivos de desestructuración y reestructuración. Juega también, la heterogeneidad, como tendencia a la diferenciación y a las oscilaciones lejos del equilibrio, en un zigzag propio del desarrollo desigual. Centrarse en la tarea implica la apertura a incesantes síntesis, relativas, nuevas y situacionales: el predominio del desequilibrio sobre el equilibrio. Desde esta dialéctica, las contradicciones no son puestas por el pensamiento. Están ahí. Son, en tanto modos del pensamiento, categorías que trascienden la generalidad de la abstracción en la medida en que se mezclan con manifestaciones empíricas y praxis particulares. El método y la ética de Pichon-Rivière tiene por referencia y punto de apoyo, la idea de un sujeto producido en una praxis, lo cual significa una concepción del sujeto activo, como producido y productor de la vida social y la vida cotidiana.

La práctica psicosocial supone abrir y sostener espacios de participación, de despliegue de las contradicciones desde una disposición a ubicarse en el sentido de una espiral abierta, en la expectativa esperanzada de

un encuentro de soluciones originales. Con la atención puesta en la direccionalidad del proceso, desde una lógica que se sumerge en la simultaneidad de múltiples contradicciones y supone centrarse en la tarea, no como imperativo pragmático o exigencia moral, sino disponibilidad que implica al vínculo, el análisis del impacto del objeto de trabajo y la contextualización y recontextualización emergente.

La tarea es un devenir en el que se va especificando el objeto, el sujeto y el proceso vincular: una marcha a un objetivo y una multidimensionalidad. Entendiendo los vínculos como procesos, antes que como estructuras. Tarea dialectizada por vínculos y relaciones sociales que son tanto especificaciones de los ámbitos (lo grupal, institucional y comunitario) como del contexto de una praxis que puede estar facilitada u obstaculizada por todas y cada una de estas determinaciones.

El método se juega en la vocación que tiene el operador psicosocial por transformar los dilemas en problemas, en la dirección de una terceridad que emerge en el marco de aquello que obstaculiza el cambio.

Existe una particularidad del método que tiene tanta impregnación filosófica que cabría remitirla, casi exclusivamente, a ese plano: estudiar los sujetos y estudiar el mundo son direcciones opuestas, pero no contrapuestas; contrarias, pero no antagónicas. La contextualización supone atender al existente como realidad inmediata y concreta, a la vez que, como momento de la praxis, focalizando no solo el ambiente que

envuelve sino el efecto de lo interior (por ejemplo, la tarea) en el devenir interaccional de los sujetos.

El proceso de conocimiento supone el despliegue de capacidades contrarias. Como por ejemplo, la capacidad de inmersión en lo concreto y la capacidad de conceptualizar; el conocer por razonar y el conocer a través de experimentar; el poder entender lo que dice el otro –y no lo que imagino que dice– y el imaginar libremente; el actuar y el dejar que ocurra; atender a la experiencia interna y a la experiencia externa; la actitud crítica y la confianza en el encuentro vincula la inmersión en lo concreto inicial, así como en el proceso de ascenso de lo abstracto a lo concreto (el pensamiento más desarrollado, la praxis más operativa y multilateral). La objetividad es adquirida: producida y emergente. La intervención psicosocial y la práctica clínica, como una de sus formas, se realizan desde un vínculo y encuadre operativo. El encuadre sostiene, da certidumbre y protege la tarea, siempre algo incierta. Contiene, en la medida que actúa como tercero. Lo que es fijo y constante –lo relativamente invariante– hace posible lo móvil del proceso. Es porque la dialéctica subraya el carácter de productor de los sujetos que el método se constituye como apertura y sostén de espacios de protagonismo; y porque tiene en cuenta el antagonismo, que trabaja para redistribuir lo depositado, sosteniendo el acto de compartir lo emergente.

El método consiste en ubicarse de cerca y con el otro, y no de arriba y de lejos. Desde una construcción donde el líder es la tarea. Desde un hacerse cargo –asumiendo un

liderazgo específico y acotado– del vacío que emerge en la tarea y el compromiso con un encuadre que la protege, restituyendo –si fuera necesario–, las condiciones básicas que la hacen posible.

El operador está receptivo al surgimiento de alternativas y diferenciaciones. Lo mejor que le puede pasar a un coordinador es que lo más interesante sea dicho por uno o varios integrantes del colectivo en cuestión. Donde la frase destacada, aquella que logró captar la atención y aprehender la realidad, sintetizando algo sustancial del proceso, tal vez destrabando un obstáculo, haya sido dicha por uno o varios portavoces, empoderados en su capacidad descifradora.

Desde la psicología social pichoniana los señalamientos, interpretaciones, construcciones, devoluciones y preguntas se realizan preferentemente en el lenguaje de los participantes. Se incluyen, con el modo de la afirmación o de la pregunta, elementos del discurso manifiesto. Y se realiza cuando lo implícito está cercano a lo manifiesto, a diferencia de lo que ocurre con otras teorías que tienden a intervenir sobre lo que está más lejos –buscando producir un impacto, que puede generar fascinación, pero no cambios–. Las técnicas operativas trabajan en la vecindad de los sentidos que descubre el grupo, como colectivo potenciado por un proceso y un encuadre operativo.

Otro gesto que, por la centralidad con la que se presenta en la práctica psicosocial, merece la condición de método, es sumergirse en lo concreto. No mirar de afuera sino meterse en las cosas, sin dejarse absorber por una inme-

diatez que, de no ser mediatizada, puede volverse crónica. La verdad es concreta y por ese motivo es que hay que ir a las cosas, desde un interjuego de cercanías y distancias que permite aprehender la realidad.

La verdad se distribuye de modos inesperados. No está toda en un mismo lugar, ni emerge por el mismo lado. Y por eso, a mayor heterogeneidad de las participaciones, si el conjunto logra centrarse en la tarea, mayor será la productividad.

Vamos a la cancha de la intervención apoyados en valores y creencias que nos animan. Pero es recién en el momento de reflexionar sobre qué queda de lo vivido, el “qué dejo y qué me llevo”, cuando las dimensiones emocionales, éticas, estéticas y políticas, revelan su inadvertida centralidad. Allí se registra claramente que la intervención psicosocial es, en última instancia, la práctica de una ética.

La dialéctica del curador y el herido supone una crítica de actitudes y modalidades vinculares del operador, sobre los que reflexionamos en la práctica del hospital psiquiátrico, la intervención comunitaria y la enseñanza. Apunta a un operador que se asuma como curador sin dejar de percibirse como herido. Este posicionamiento facilita que el destinatario de la intervención –el otro/a/e–, ocupe una posición igualmente dialéctica. Reconocer los aspectos heridos propios es la base de la recepción genuina de lo que el otro tiene de curador y la posición subjetiva que permite percibir adecuadamente lo herido del otro. En términos generales, habría que no estar demasiado

seguro acerca de quién es el cuerdo y quién el loco: preguntarse en cada situación, cuál es el grado de locura o de salud que tiene uno y el otro.

Criticando los posicionamientos autocráticos dijo Pichon-Rivière:

Estos agentes correctores, cuya ideología y personalidad autocrática les impide incluir una problemática dialéctica en el vínculo terapéutico, establecen con sus pacientes relaciones jerárquicas en las que se reproduce el par dominador-dominado, incapacitándose para comprometerse también ellos como agentes de la tarea correctora, llegando en el mejor de los casos a ser lúcidos observadores del acontecer del paciente (Pichon-Rivière, *Los Libros*, 34, 1974).

La crítica no se queda allí. Analizando los posicionamientos simbióticos que surgen como intento fallido de eludir la posición autocrática, señaló que tales profesionales: “pueden establecer quizás una simbiosis o una situación siamésica, pero nunca un vínculo operativo, mutuamente modificante” (*Los Libros*, 34, 1974).

Cuando vamos hacia los locos, los pobres, los excluidos, los desocupados, los que producen sin apropiarse de lo que les corresponde, nos anima el proyecto de crear posibilidades distintas de existencia y, más aún, una nueva subjetividad. La identificación con lo escindido y la sensibilidad ante las distintas formas de sufrimiento –incluido las propias–, tiene por sentido la reapropiación de una identidad más ancha y profunda.

La indiscutible solidaridad que se juega en las prácticas profesionales desde esta perspectiva teórica es, como dijo el poeta uruguayo, la única forma legítima de egoísmo, ya que la identificación que tiene lugar en una praxis transformadora, nos hace más amplios.

La solidaridad no surge de una renuncia, sino de una percepción, de un meterse en las cosas, en un ánimo volcado sobre la ciudad

y la vida cotidiana. Auscultar lo excluido, lo revulsivo, lo popular, lo no integrado, lo dominado, no porque sea frágil ni porque esté carente de preguntas imposibles, ni menos aún, rebosante de evidencias absolutas, sino porque se conservan allí las condiciones genéricas de lo humano, los recursos materiales y espirituales que crean chances de avanzar en la construcción de una sociedad nueva y una vida más plena.

Referencias bibliográficas

1. Fabris FA. Psicología social, teoría y praxis. Concepto, método y ética de la intervención. Buenos Aires: El Zócalo; 2021.
2. Fabris FA. Pichon-Rivière, un viajero de mil mundos. Génesis e irrupción de un pensamiento nuevo. Buenos Aires: Polemos; 2007.
3. Fabris FA, Compilador. Pichon-Rivière como autor latinoamericano. Buenos Aires Lugar Editorial; 2014.

Fernando Fabris
Correspondencia: fernandofabris@gmail.com

Tras las trazas de la grupalidad

Following Group traces

Horacio Foladori

Psicólogo. Miembro honorario de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis.

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

En la Universidad de Chile el grupo operativo ha cumplido 25 años. Foladori expone su trayectoria con los grupos operativos desde los años 70 en diferentes ámbitos y países. Los grupos operativos fueron espacios de intervención donde se ponía en palabras tantos sufrimientos personales, familiares y sociales de la época de dictadura. Se hicieron grupos en diversas Universidades, en la formación de docentes y estudiantes, y en el trabajo en equipo para disminuir el estrés y el “burnout”, y siempre ha sido un espacio muy demandado por los estudiantes. El emergente da cuenta de un acontecer, y al mismo tiempo impulsa una acción, y esboza un proyecto de un grupo-país.

Palabras clave: Grupo Operativo, emergente.

ABSTRACT

At the University of Chile, the operating group has completed 25 years. Foladori exposes his career with operating groups since the 70s in different environments and countries. The operative groups were intervention spaces where many personal, family and social sufferings from the dictatorship era were put into words. Groups were formed in various universities, in the training of teachers and students, and in teamwork to reduce stress and “burnout”, and it has always been a space where the young studied. The emergent gives an account of an event, and at the same time promotes action and outlines a project of a group-country.

Key words: Operative group, emergent.

Escribir sobre la Concepción Operativa de Grupo en Chile 21 puede resultar un esfuerzo de toma de distancia tan grande que puede llegar a ser doloroso. Siento que estamos en otra cosa. El presente ha copado la mente. Remito a que, desde octubre de 2019, desde el estallido social, estamos atravesados por dos emergentes centrales –y me refiero a ellos porque hace años me ocupé del tema

debido la necesidad de pensar la teoría de lo emergente (1). Estos emergentes: “Evade” y “Hasta que la dignidad se haga costumbre”, al ser explicitados, marcan el cotidiano sociopolítico y subjetivo de toda la población de un modo u otro. El primero, como una propuesta de desobediencia civil que ha ido adquiriendo variados sentidos hasta hoy en día, todo un efecto de condensación de

denuncia de evasiones fiscales, y de prácticas de desmontaje de las normativas institucionales absurdas y resistidas. El segundo, que postula un proyecto país a largo plazo (lo contrario de lo actual) y que ha instalado una manera de pensar de amplísimos sectores de la población que pasan cada acto político que se realiza, cada acción, bajo la lupa de la dignidad, sobre todo sectores que han sido históricamente maltratados por el Estado.

La Plaza Baquedano, en honor a un militar de dudosa trayectoria y centro de los grandes festejos ciudadanos, ha cambiado su nombre por Plaza Dignidad. Sostengo que acá tenemos nuevas vertientes para pensar el emergente, la forma en como éste da cuenta de un acontecer, y al mismo tiempo impulsa una acción y como también se esboza un proyecto de un grupo-país, tema que encarna la Convención Constituyente en marcha. ¿Podrá resultar operativa ante la polaridad y variedad de fuerzas que encarna?

Otra cosa es la historia, la historia de los usos del grupo operativo, de las aplicaciones, de la manera de pensar operativamente una cierta situación e intervenir sobre una demanda. Los usos no “tradicionales” hay que inventarlos. Así, como años antes leyendo un librito en el que se analizaban sueños, llegué a la conclusión de que quería dedicarme a interpretar sueños, lo que hizo que me inscribiera en la carrera de psicología. En el 69 participé de mi primera experiencia en grupo operativo, y sentí que quería coordinar grupos. Es lo mismo: ¿no dice Anzieu que el grupo es un sueño?

En 1970 realizamos un Laboratorio social en elección vocacional (2) con estudiantes

de secundaria, primera experiencia de este tipo en Uruguay cuando el gobierno había cerrado los liceos. Fuimos allanados en pleno laboratorio, la experiencia pudo ser finalizada dejando mucho por ser elaborado. Con este antecedente ya en México me hice cargo del Depto. de Orientación de la Universidad de Morelos donde implementamos un proyecto de trabajo grupal con todos los estudiantes de las preparatorias de la Universidad (unos 7.000 estudiantes) y que abarcó los tres años de los estudios preparatorios (3). Contábamos con un grupo de coordinadores grupales que utilizaron este enfoque en diversas instancias (se introdujo el grupo operativo en la formación de docentes universitarios también), y se fundó en 1989 la revista “Ilusión grupal” que organizó diversos simposios locales, a los que asistieron representantes de los otros grupos operativistas que estaban trabajando en México. Se editaron 7 números.

El CIR (Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal), fundado en 1981 y en el que participamos tanto en Managua como en Rimini, terminó disolviéndose, aunque no su espíritu. Era la época en que Marie Langer consiguió que se comenzaran a realizar los Encuentros de Psicología Marxista y Psicoanálisis en La Habana, una militancia grupalista y política. En México, en 1989, se presentó una demanda de intervención institucional para una Facultad de una universidad nortina, trabajo que se realizó con una combinación de técnicas operativas y de análisis institucional francés dadas las dimensiones (cerca de 800 personas entre estudiantes, personal administrativo y docentes) (4).

Paralelamente, se realizaron grupos operativos para estudiantes de psicología en las carreras en Nuevo León, Torreón, Querétaro y Cuernavaca, como parte de sus asignaturas grupalistas. En algunos casos también se trabajó con académicos como entrenamiento en pedagogías alternativas. Las instituciones (públicas y privadas) igualmente fueron objeto de intervención ya que ciertos problemas vinculados al desgaste mental, al estrés, al burnout y a las funciones de liderazgo y de trabajo en equipo podían ser abordadas con el enfoque operativo (5-7). Fue como pasar de la enseñanza del grupo operativo a centrar al grupo en el sufrimiento que la situación laboral produce, y confrontar al grupo con los límites que impone el poder institucional. El sufrimiento (8) pasa a ser institucional, requiriendo ampliar los marcos comprensivos tanto como las técnicas de abordaje.

Ya en Chile, en 1993, fundamos la Escuela de Psicología Grupal y Análisis Institucional “Enrique Pichon-Rivière”, que creó un espacio poco escolarizado para la formación de coordinadores grupales. Pensamos que no puede estudiarse el grupo operativo si no se incorpora también una lectura de la problemática del poder, que se convierte siempre en tema en la medida en que se realizan grupos en espacios institucionales. Paralelamente, se introdujeron grupos operativos en varias carreras de psicología ya que la asignatura de Formación personal era muy adecuada para que los estudiantes tuviesen una experiencia de participación grupal y pudieran pensar sobre ella. En la Universidad de Chile el grupo operativo ha cumplido 25 años, espacio siempre muy

demandado por los estudiantes, con experiencias también en magister y en doctorado.

Hay que entender que Chile estaba en un retorno a una supuesta democracia (*La alegría ya viene*, eslogan del marketing del plebiscito del 89), después de 17 años de dictadura con prohibiciones de hablar y reunirse, hacer grupos, en suma, de pensar. Los grupos operativos implicaban rechazo y amenaza porque el término operativo era privativo de acciones militares. La gente se asustaba, agruparse era arriesgado. Por este motivo cumplieron una función en las universidades y en otros espacios de intervención donde se podía comenzar a poner en palabras tantos sufrimientos personales, familiares y sociales de la época de dictadura. Los grupos posibilitaron la apertura a recuerdos largo tiempo reprimidos y comenzar a historiar y ordenar fragmentos de vida, escenas olvidadas y transitar por la desconfianza tan largamente instalada.

A partir del terremoto ocurrido en Chile en 2010 se dio una demanda de intervención en la que logramos en un mismo grupo operativo realizar varias tareas: por un lado, la de sostén de los participantes que a su vez estaban trabajando en terreno con pobladores locales afectados. Y, por otro, trabajo de supervisión de los proyectos que se estaban llevando a cabo, individual y grupalmente. También, de elaboración de las ansiedades que la situación de destrucción por el seísmo ocasionó en la ciudadanía (9). Se recurrió a la historia, al terremoto del 85 en la ciudad de México y a los inventos grupales que de allí surgieron.

En 2014 realizamos un Congreso Internacional de grupo operativo al cual asistieron representantes de Francia, Suiza, Italia, Suecia, México, Argentina, Brasil y Uruguay, concurriendo más de 300 personas (10). Se invitó a todas las escuelas independientemente de sus orígenes, filiaciones y adscripciones teórico-ideológicas y de descendencia “familiar”. Se intentó romper esta cultura arbórea que el grupo operativo hereda del psicoanálisis.

Por último, el impacto que comenzaron a tener las experiencias de las Fábricas sin patrón en el Río de la Plata nos condujo a abordar la problemática de la cooperación en los grupos y sus posibilidades operativas (11), como una manifestación del Estado, esto es el momento de desmontaje del Estado y las alternativas organizativas que puedan contribuir a establecer estructuras sociales horizontales y la subjetividad que se juega en dichos casos. Un antecedente muy útil para pensar nuevamente la Convención Constituyente.

He aquí las trazas de un cierto devenir del grupo o del grupo conmigo o en mí, no sé si alcanzan a ser aportes, al menos no lo son como temáticas. Prefiero hablar de pasiones y allí hay preguntas que han circulado, se han “fugado” y se han reterritorializado de diversos modos, según las circunstancias. Una de ellas fluye en torno a la grupalidad, como origen del psiquismo obviamente social (12, 13) y aterrizado en ejemplos puntuales como el caso de la “ola” en el fútbol. Ejemplo emblemático ya que se articula con la realización de deseo social. Tema que vuelve una y otra vez como preguntas vinculadas al acontecer socio-político hoy en día, como esfuerzo de comprensión y teorización. El otro es el tema del emergente –como fue señalado al inicio– en tanto hay una escucha que captar, una lectura “más allá” que realizar, por cuanto siempre está la pregunta por el “qué hacer”, por la intervención implicada, ya que de lo social se trata.

Referencias bibliográficas

1. Foladori H. Hacia una teoría de lo emergente en grupo operativo. Ilusión Grupal. Cuernavaca: UAEM; 1990.
2. Foladori H. Análisis vocacional y grupos. Cuernavaca: UAEM; 1985.
3. Foladori H. Contribuciones al análisis vocacional grupal. Cuernavaca: UAEM; 1988.
4. Foladori H. Del deseo a la autogestión. Rev. Tramas. 1991;3.

5. Foladori H. El grupo-análisis: técnica de diagnóstico del clima organizacional. Rev. Psicol. Univ. Chile. 1993;4.
6. Foladori H, Sepúlveda L. Intervención en un ministerio. Rev. Psicol. Univ. Chile. 1999 ; 8(1):67-82.
7. Foladori H. Burnout, el trabajo psíquico con equipos de salud y educación. Rev. Mexicana Orientación Educativa. 2007;5(12):2-9.
8. Foladori H. Sufrimiento institucional: el burnout en los equipos de salud. En: Bilbao A. Morlans I. Duelo, pérdida y separación: figuras del sufrimiento humano. Valparaíso: Universitarias de Valparaíso; 2010. p 179-188.
9. Foladori H, Lillo C. Terremoto 2010 en Chile: Experiencia grupal de multiplicación operativa. Rev. Área 3. 2011;15.
10. Foladori H, Yáñez I. Intervención grupal y poder. Desde la concepción operativa de grupo. Santiago de Chile: Cuarto Propio; 2015.
11. Foladori H, Ruiz N. Pensar en grupo. El trabajo de co-operar. Santiago de Chile: Universitaria; 2017.
12. Foladori H. Grupalidad. Teoría e intervención. Santiago de Chile: U. de Chile; 2005.
13. Foladori H. Construcciones sobre el origen del grupo y de la relación entre pares. Cuadernos Melanie Klein. 2018;10.

Horacio Foladori
Correspondencia: horacio.foladori@gmail.com

Los grupos en el horizonte de nuestros días

The groups on the horizon of our days

Graciela Jasiner

Psicoanalista, Analista miembro de la Escuela Freudiana de Buenos Aires, directora del Instituto de Investigaciones grupales y de Bi Ba (Bilbao/Buenos Aires).

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Pichon Rivière propuso el nombre de Grupos Centrados en una Tarea e investigó especialmente el Grupo Operativo. Se trata de dispositivos orientados al sujeto, en un recorrido que va de la Trama grupal al Trazo singular. Una lógica para pensar la práctica con dichos dispositivos en relación con la subjetividad de la época y a los padecimientos actuales, abrevando en las enseñanzas de Pichon, Freud y Lacan. Alojar lo extranjero, lo insoportable, lo más extraño a uno mismo pareciera ser el desafío de estos grupos en un mundo que parece empujar al individualismo y la segregación.

Palabras clave: Segregación, trama grupal, trazo singular.

ABSTRACT

Pichon Rivière proposed the name Work Focused Groups and he especially investigated Operative Groups. These are a devices oriented to the subject, in a journey that goes from the Group fabric to the Singular stroke; a logic to think about the practice regarding these devices in relation to the subjectivity of their time and current suffering, drawing on the teachings of Pichon, Freud and Lacan. Hosting the foreign, the unbearable, the strangest to oneself seems to be the challenge of these groups in a world that seems to push towards individualism and segregation.

Key words: Segregation, group fabric, singular stroke.

Viena, julio de 1932, en un intercambio epistolar Einstein le dirige a Freud una pregunta crucial y dolorosa:

- “¿Por qué la guerra? ¿Cómo poner freno a la pulsión de muerte?” (1).

El maestro vienes se sorprende y vacila, pero en un gesto de humildad le responde a Einstein:

- “Usted pregunta por un problema situado en la frontera de lo cognoscible

(...) Todo cuanto establezca ligazones de sentimiento entre los hombres no podrá menos que ejercer un efecto contrario a la guerra (...), ciertas ligazones (...), ciertos sentimientos comunitarios.....”.

Ya en el Malestar en la Cultura (2) tres años antes, Freud había advertido que el trabajo con otros podría ayudar a bordear el malestar estructural del ser humano, y ahora le sugiere

a Einstein que el entrelazamiento pulsional acotaría de algún modo lo mortífero en una comunidad. Colocar el enemigo y el odio afuera, o bien, advertidos de que el odio también habita adentro construir comunidad en que Eros ligue, transmutar pulsiones destructivas en pulsiones sociales y repensar el problema del líder son opciones señaladas por Freud.

Más adelante en septiembre de 1964 es J. Lacan (3) quien plantea:

“... son muy pocos los sujetos que pueden no sucumbir, en una captura monstruosa, ante la ofrenda de un objeto de sacrificio a los dioses oscuros (...). Se trata de una integración de ‘todos’ bajo el régimen del Uno sin fisura”.

Mirada y voz del líder que cautivan al sujeto, y un consentimiento de dejarse hipnotizar, fascinar, en esa búsqueda de dioses oscuros. La búsqueda de identificación con un líder en el lugar del ideal y lo que Freud llamó pulsión de destrucción, a la vez que lazos libidinales, nos habitan de algún modo a todos los humanos. Estamos advertidos que hacen a la estofa del ser humano, buscar líderes que encarnen a un Otro completo y entregarse en una voluntad de servidumbre casi voluntaria, como la llamó Étienne de La Boétie (4) y cuando esta tendencia, este discurso, coagula, produce algo que llamamos “efecto masa”.

Estamos hoy en marzo de 2022. Además de la amenaza de una nueva guerra, el mundo está saliendo de una pandemia, un real arrasador que habrá que subjetivar. Una dimensión de incertidumbre y desamparo que en sus múltiples facetas está conmo-

viendo a la humanidad. En este escenario de un mundo convulsionado, tal como R. Espósito (5) había adelantado, se tiende al individualismo y al inmunitas más que al comunitas.

Propongo que los pequeños grupos puedan resultar espacios subversivos a la subjetividad de la época, en los que resulte posible alojar al sujeto en un tejido habitable. Una trama grupal que propicie el “efecto sujeto”, más que el efecto masa. Sabemos que para que haya efecto masa no es necesaria cantidad de gente sino una identificación al líder en el lugar del ideal.

Operaremos nuestra eficacia en cualquier dispositivo de que se trate, de a uno o de a muchos, privado o público, allí donde despertemos en su singularidad al sujeto de un sueño individualista e hipnótico detrás de un Ideal. En los dispositivos grupales con que trabajamos propiciamos el tejido de lo común. Lo común no es lo homogéneo, ni lo individual, es lo singular. Lo homogéneo es una suma de yoes, de iguales, lo común es un tejido de enlaces. De lo homogéneo a lo común, o sea, del infierno de lo igual al lazo con otros. Lo común es producir como potencia de lo colectivo en su entrelazamiento.

En mi último libro: “La trama de los Grupos. Dispositivos orientados al sujeto” (6), propongo el recorrido en un grupo en derredor de la tarea: de la trama grupal al trazo singular. Trabajar primero la trama grupal entendiendo que lo singular es un efecto que advendrá de lo colectivo, del trabajo con otros; es el camino inverso a la subjetividad de la época, a cualquier abordaje

individualista y, desde ya, muy diferente a los abordajes grupales de la dinámica de grupos.

Se trata de propiciar lazos subjetivos que alojen al extranjero y, como señalara J. Derrida, también al bárbaro (7). Es decir, que ayuden a cada uno a saber que está habitado por lo irreconocible de sí mismo; y también a **alojar lo diverso en lugar de segregarlo como hostil y enemigo**. Desconocerlo es la base de cualquier segregación.

En el trabajo con los grupos operativos (uno de los dispositivos de Grupos Centrados en una Tarea), Pichon Rivière ya nos advertía sobre la lógica de la segregación (8). Es la famosa teoría pichoniana de las tres D: Depositante, Depositario y Depositado, modo en que se produce el mítico “chivo emisario”. Uno deposita en algún otro integrante eso que no reconoce o no soporta de sí mismo, eso extraño, inasimilable, que habita en su propio interior, algo potencialmente odiable, y luego lo segrega. Lo depositado es desplazado, se lo ve como extraño y hasta se lo odia.

El mundo actual navega además en una lógica binaria y de grietas. Establecemos conexiones más que vínculos. El algoritmo apunta a crear un universo de iguales. Pichon Rivière nos enseñaba que en el proceso de la tarea grupal se trata de problematizar lo dilemático. En un grupo operativo o en cualquier otro dispositivo de Grupo Centrado en una Tarea, la dirección de nuestras intervenciones apuntará a introducir algo que quiebre lo absoluto, la oposición binaria, a salir de lo especular, a introducir una terceridad.

En este contexto, más que nunca, considero importante la formación y el debate sobre cuestiones respecto a esos pequeños grupos y a los dispositivos concretos con que sostenemos nuestra práctica. He tenido la responsabilidad de formar profesionales urgidos e interrogados por su práctica, en hospitales, cárceles, escuelas, municipios, centros de adicciones, universidades, centros de atención primaria, dispositivos grupales en espacios comunitarios, equipos en organizaciones y áreas del estado. Por ello, desde hace años estoy investigando una lógica para pensar los dispositivos grupales con los que se trabaja cotidianamente, como son: los grupos de reflexión, talleres, seminarios, grupos operativos, terapéuticos, de autoayuda, etc.

Parto de la hipótesis de que en el trabajo grupal se puede producir una transformación en la posición subjetiva en el mismo proceso de realización de la tarea, aunque no se trate específicamente de un grupo terapéutico. El ser humano no renuncia porque sí, ni por mandato superyoico, ni por vía educativa a repetir aquello que lo hace sufrir, a lo que se dio en llamar goces parasitarios y en cambio, a veces, esto deviene posible en el trabajo creativo con otros alrededor de una tarea.

Ni grupos centrados en el grupo, ni centrados en el individuo, ni en el líder, los Grupos Centrados en una Tarea son espacios donde aprender a pensar con otros, donde construir heterogeneidad a condición de una renuncia a lo único y a lo individual, donde se apunta al pasaje de una posición de víctima a una posición de protagonista. Un protagonismo creativo, del uno entre otros, del uno con otros, anudado y sereno.

Muchas consultas en el ámbito de la salud mental, especialmente en estos tiempos de post pandemia, basculan entre la depresión y la ansiedad, el ensimismamiento y, en sus antípodas, la urgencia. Resulta especialmente eficaz el trabajo con otros, con dispositivos en los que se pueda ir bordeando el dolor, el malestar sin pretender suprimirlo, y donde se pueda introducir demora a la pulsión que quiere ya y todo. O introducir una pregunta, algún enigma a lo que aparece como verdades evidentes y consagradas.

Los Grupos Centrados en una Tarea se sostienen en el paradigma de abrir un espacio que aloje el padecimiento, el dolor, lo insoportable y los prejuicios; para que en el trabajo con otros alrededor de una Tarea,

en las vueltas de espiral que es el proceso grupal, más que acallarse puedan anudarse y devenir acto creativo. Borear con otros el malestar no es lo mismo que negarlo.

En nuestro país, la Argentina, se trabaja mucho con grupos, tenemos la marca Pichoniana en el orillo, y por lo tanto el coraje y la creatividad de inventar grupos en múltiples espacios. Y toda vez que coordinamos con poesía, que alojamos el dolor, la pregunta, que cuestionamos los sentidos únicos, que nos atrevemos, que no retrocedemos, Pichon Rivière nos reconoce como sus discípulos. Toda vez que nos atrevemos a inventar grupos, a creer en la potencia de los colectivos, que nos atrevemos con la oscuridad, seguimos su huella.

Referencias bibliográficas

1. Freud S. El por qué de la guerra. Obras Completas. Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
2. Freud S. El Malestar en la cultura. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.
3. Lacan J. El Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1995.
4. La Boétie E. El discurso de la servidumbre voluntaria. Buenos Aires: Terramar; 2008.
5. Esposito R. Inmunitas. Protección y negación de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2005.
6. Jasiner G. La trama de los Grupos. Dispositivos orientados al sujeto. Buenos Aires: Lugar; 2019.
7. Derrida J. La hospitalidad. Buenos Aires: La flor; 2006.
8. Pichon Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión; 1981.

Graciela Jasiner

Correspondencia: gjasiner@yahoo.com

Unos apuntes sobre la clínica grupal. “De Felipear” y otras cuestiones

Notes on the group clinic. “De Felipear” and other matters

Ricardo Klein

Psicólogo clínico. Profesor adjunto en la Universidad de Buenos Aires.

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

En la terapia grupal, “hacer de otro”, es un recurso que propone dejar de existir por un rato en la forma habitual de hacerlo. Facilita asunciones de otros roles, logrando además que aquellos que se hallan fijos, se muevan. Es ampliar el repertorio posible con algunos roles inimaginados por la persona, y propiciando lograr identificaciones enriquecedoras, partiendo de la vivencia acontecida, no del pensamiento. Por otro lado, es un arte del terapeuta poder intervenir devolviendo lo similar del hablante con algunos de sus compañeros. A la vez que lo similar inicia ese decir, la diferencia lo complementa.

Palabras clave: *Terapia grupal, identificación, discurso de los pacientes.*

ABSTRACT

In group therapy, “playing someone else” is a resource that proposes to stop existing for a while in the usual way of doing it. It facilitates the assumption of other roles, also making those that are fixed, move. It is so to widen the possible repertoire with some roles unimagined by the person, and propitiating to achieve enriching identifications, starting from the experience, not from the thought. On the other hand, it is an art of the therapist to be able to intervene by returning the similarity of the speaker with some of his peers. At the same time that the “similar” initiates this saying, the difference complements it.

Key words: *Group therapy, identification, patients’ discourse.*

Quiero compartir con Uds. un concepto creado por un paciente de grupo, para luego poder, a partir de allí, tomar teóricamente los conceptos en referencia a la clínica grupal.

Un paciente, al que podemos llamar Sebastián, estaba de pie en la puerta del lugar al cual tenía que asistir para resolver un entuerto, y no se sentía capacitado para

resolverlo. Daba vueltas, y siguió dando muchas vueltas, llegó a la puerta del lugar, pero tuvo clara su incapacidad para entrar.

Pensando, recordando las sesiones grupales, se acordó de Felipe. Era un compañero del grupo terapéutico que también tenía problemas que vivía como insolubles. Pero, para lo que Sebastián tenía que hacer, lo hubiera

resuelto en un periquete. Sin comprender mucho de qué iba la cosa, apeló a transformarse por un rato en Felipe. Finalmente, entró y extrañado de estar muy seguro de sí, enfrentó la situación y la resolvió sin siquiera mosquearse.

Muy orondo, en la sesión siguiente, relató la escena con lujo de detalle, diciendo que había “Felipeado”. Ante la pregunta de otro compañero acerca de qué se trataba eso, dijo: “Hice de Felipe, me fue fantástico”.

Más allá del relato, y sin importar la situación en sí, este paciente me enseñó un concepto grupal, que denominé a partir de allí: “Felipear”. O sea, hacer de Felipe, o bien genéricamente, “hacer de otro”.

Esto puede ocurrir en cualquier situación de la vida cotidiana, que una persona se mime-tice con otra para resolver un problema. La terapia grupal es un lugar que predispone para que esto ocurra con más frecuencia, pero una vez descubierto el procedimiento, un terapeuta puede auspiciar estos devenires.

Una cuestión curiosa, líneas más arriba no he escrito que se identifique -proceso que no es voluntario sino inconsciente-, sino que se mimitice -voluntariamente y por elección-. La identificación además no tiene un tiempo prefijado -resolver una cuestión- sino que ocurre muchas veces aún fuera de la esfera de la consciencia de la persona. Además, la identificación, al ser inconsciente, es a un determinado rasgo obviamente no pensado y elegido por la persona en cuestión.

La terapia grupal, decía también que, es un espacio en el que es más proclive que ocurra; el grado de intimidad, autenticidad y cono-

cimiento de cada uno de los compañeros facilita las condiciones para que acontezca. Las personas conocen los puntos fuertes, no sólo los débiles, de cada uno de los otros. Escucharon quizá muchas veces cómo es el operar con las cualidades y capacidades de las cuales se trata. Y están muy a mano disponibles para poder ser tomadas como tales.

Una vez jugada la escena, viendo la persona de lo que fue capaz: -Felipe ocupando su lugar, o bien haciendo, encarnando a Felipe, aunque sea por un rato-, las posibilidades de que, vivenciado, ese lugar devenga en un recurso posible de ser usado en otro momento futuro. Este recurso que, propone dejar de existir por un rato en la forma habitual de hacerlo, facilita asunciones de otros roles, logrando además que aquellos que se hallan fijos, se muevan. Es ampliar el repertorio posible con algunos roles inimaginados por la persona, y propiciando lograr identificaciones enriquecedoras, partiendo de la vivencia acontecida, no del pensamiento.

Una vez que comprendí esta modalidad clínica, me di cuenta de la potencia que tenía para invitar a los pacientes a jugar a devenir otro (Felipear, Arielar, Carlear, Clarisar, Laurear, etc.). Estas ideas me llevaron a resolver una frase común en los pacientes, en su decir: “Yo no puedo hacer eso”.

Lo cual, obviamente, es vivido como cierto. Yo, como yo soy, no puedo hacer tal cosa. Y la propuesta es aceptar esa afirmación sin oponerse a ella, proponiendo que, dado que la persona quiere resolverlo y es incapaz de hacer eso que precisa, devenga otro/a por un

rato. Más allá del juego que esto implica, lo que se mueve aquí es una idea clínica en la cual no se trata de que cada paciente sea la mejor versión posible de sí mismo, sino que pueda abandonar algunos aspectos y devenir otro.

Pelea filosófica de base entre una versión platónica en la cual el ser es siempre igual a sí mismo, y esto ocurre pues se considera que tiene una esencia ineluctable a los cambios, o bien una clínica que sigue los pasos de Heráclito, en la cual un paciente puede devenir otra/o, ligada a la existencia, al devenir, desconociendo la fijeza de lo supuestamente esencial -tan caro al Yo, que se cree ese concepto meticulosamente-. De hecho, es el autor de esa frase que enuncia: “Yo no hago eso”.

Y puestos en la escena clínica, otro juego interesante a compartir contigo, lector, es el “juego de billar” -más precisamente de pool por la cantidad de bolos en juego- como metáfora de posibles intervenciones de un coordinador.

Cuando un paciente habla, plantea aquello que le ocurre. El resto atiende ese decir, se mete, interviene, siente, y a la vez la escena es del “otro”. Se halla por lo tanto abierto y no tiene la guardia alta, dado que es “otro” el que se halla -aparentemente- trabajando. Es un arte del terapeuta poder intervenir con múltiples carambolas, devolviendo lo similar del hablante con algunos -decir cada uno implicaría un forzamiento obligatorio de la situación, y devenir tecnócratas en lugar de clínicos- de sus compañeros. A la vez que lo similar inicia ese decir, la diferencia lo complementa. Y la persona que se hallaba

abierta al acontecer se halla con mayor posibilidad de escuchar y trabajar, no sólo con las resonancias de la situación -de las cuales puede hacerse cargo y poner a trabajar-, sino de aquella en las cuales y por las cuales es interpelado por la mirada y la escucha del terapeuta que produce esa circulación y movimiento de los bolos en juego.

Un tercer juego, tomado de un ludo infantil, viene a mi memoria ligado al “juego del anillo”. En ese juego hay una soga que corre detrás de cada persona de un grupo que se halla sentado en círculo, en el cual hay un anillo que pasa por ella. Los participantes la van pasando y uno de ellos tiene que adivinar donde se halla mientras el resto disimula. Sobre esta metáfora podemos pensar en el registro tensional que puede realizar el coordinador a fin de captar dónde se halla en cada momento la tensión grupal, que no es para nada obligatorio que sea en el lugar de aquella persona que habla. Puede ser un silencioso, o alguien cuyos gestos atraen esa tensión, o bien algunos lugares corporales de registro o posiciones que lo revelan. Además, implica comprender profundamente que el discurso de los pacientes no es un correlato de su decir verbal solamente. Sabemos que esto es así, a la vez que tendemos a olvidarlo ponderando en demasía el discurso verbal, enunciado que produce una pérdida de la significación gestual y corporal que es parte de lo que se trata de comunicar.

Habiendo compartido contigo aquello que los árboles de mi consultorio pudieron ofrecerte como algunos frutos clínicos, felipear, el juego de bolos, el juego del anillo- te invito a plantarlos en tu lugar de trabajo si les ves utilidad.

Referencias bibliográficas

1. Klein R. “Terapias del ser o terapias del devenir ... That’s the question!”. En II Congreso Latinoamericano y II Congreso Uruguayo de Gestalt, Piriápolis, Uruguay. 26 al 29 de mayo de 2022.
2. Klein R. De aceptación-amorosa y otros ensayos sobre la clínica. Buenos Aires: Editorial Topía; 2017.
3. Percia M. Sujeto fabulado I y II. Buenos Aires: La cebra-casa editora; 2014.
4. Pichon Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión; 1981.

Ricardo Klein

Correspondencia: ricklein@uolsinectis.com.ar

Concepción Operativa de Grupo, paradigma estético y clínica ampliada

Operative group conception, aesthetic paradigm, and expanded clinic

Oswaldo Saidón¹

Médico Psiquiatra. Grupalista. Analista institucional. Psicoanalista.

Recibido: 19/3/2022

Aceptado: 8/3/2023

RESUMEN

En el trabajo en grupo sucede un proceso creativo que sostiene las múltiples potencias del ser que se afirman, disputan, contradicen, aplanan, o se elevan. En el texto se insiste en la potencia grupal. Y se realiza una reflexión sobre las implicaciones metodológicas a la Concepción Operativa que aportan las ideas de: "Grupo, Mutualidad, Diversidad y Común". Estos cuatro conceptos se observan en la práctica desarrollada en el proceso de psicoterapia grupal y en la técnica interpretativa que se pone en juego.

Palabras clave: *La potencia grupal, la mutualidad.*

ABSTRACT

In group work, the creative process that occurs sustains the multiple powers of being that affirm, dispute, contradict, flatten, or rise. For years we have been insisting on group power. A reflection is made on the methodological implications of the Operative Conception provided by the ideas of: "Group, Mutuality, Diversity and Common". We observe these four concepts in the practice that is developed in the group psychotherapy process, and in the interpretive technique that is put into play.

Key words: *Group power, the mutuality.*

1 El día 19 de marzo de 2023 muere nuestro querido compañero argentino Oswaldo Saidón. Su pérdida nos ha producido mucha tristeza, era un buen compañero y un profesional muy comprometido con el cambio social y de la salud mental. Oswaldo Saidón fue médico, psiquiatra, grupalista, psicoanalista y, sobre todo, analista institucional. Profesor en la Universidad de Buenos Aires (Argentina) y en otras universidades argentinas y brasileñas. Compartimos algunos espacios asociativos: la "Asamblea Internacional de Grupo Operativo" y el "Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal". Además de estar comprometido con las Políticas de la Salud Mental y con las necesarias transformaciones en este campo, sus trabajos giraron alrededor de la "clínica ampliada" privilegiando la noción de "transversalidad". Publicó numerosos libros, entre ellos: Políticas en Salud Mental, La escena institucional, La Potencia grupal, Lo grupal, y Clínica y Sociedad: Esquizoanálisis. Fue Asesor de la Organización Panamericana de la Salud. En el momento de cierre de este número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria sobre la "Concepción Operativa de Grupo", le rendimos homenaje por haber llevado adelante sus ideas de transformación y cambio.

La Concepción Operativa de Grupo se enriqueció con diversas experiencias de clínica grupal e institucional planteadas hace algunas décadas, a las que Juan Carlos De Brasi nombró “Clínica ampliada”. Ello permitió estar atentos, en nuestra labor cotidiana, a la producción de subjetividad social, y también al desafío que representa la realización de una filosofía útil a nuestro pensamiento, como proponía a Gilles Deleuze.

Diversas experiencias dieron pie a entrenar la “Clínica ampliada” en la coordinación de grupos y la experimentación sobre el inconsciente... Por ejemplo, se planteó: ¿para qué ponerlas a trabajar juntas en un seminario taller?, ¿cómo pensar sobre aquello que ocurre cuando intentamos una conversación grupal?

La conversación se va desarrollando de manera coordinada, es auto-gestionada. El encuadre es el sostén de estas prácticas, y casi siempre resulta sumisamente aceptado. Compartimos la idea de que en el trabajo en grupo puede ocurrir un proceso creativo que sostenga las múltiples potencias del ser que se afirman, disputan, contradicen, aplanan, o se elevan. Al mismo tiempo, la diversidad que el grupo impone nos hace dudar muchas veces de las hipótesis previamente formuladas.

Desde hace años insistimos en la potencia grupal. Sin embargo, no toda potencia es –por serlo– creación o contestación. No toda potencia está al servicio del alivio del malestar, de hecho, hay potencias que lo incrementan. Seguimos pensando que, una clínica con una función de coordinación que

permita la dispersión y la experimentación, puede posibilitar que el propio grupo se interroge acerca de las singularidades de su propia potencia expresada.

Este entrenamiento que podríamos denominar “ensayo” es, a la vez, clínico, didáctico y experimental. Se sostiene al mismo tiempo en el cuerpo, en lo sensorio-motor (psico-biológico) y en lo sensible-estético. En relación a esta cuestión, las propuestas estéticas de “Kandinsky al joven artista” son las que desearía enunciar al finalizar alguna sesión: “Oigan atentamente la música, abran los ojos para la pintura y no piensen, examinen; asimismo, si quieren después de haber oído y haber visto, pregunten si tal obra los hizo pasear por un mundo antes desconocido; y si lo hizo, que más pueden querer...” .

Al referirse al contenido de una obra, al modo en que nos situamos frente a la composición, encontramos el desarrollo de un espíritu que muy bien podría animar lo que aquí intentamos pensar como la actitud clínica para ampliar nuestro trabajo, más allá del microcosmos que se nos aparece y, por lo tanto, formular un proyecto. No se trataría de promover un objetivo sino de generar un modo de pensar desde la singularidad hacia el acto clínico, sería una forma de sostener el caos creativo.

La experimentación y la lúdica grupal son portadoras de la materia, por lo tanto, una vía posible para atravesar ese caos. La materia en su manifestación física, química, odorífera, acuática, sensitiva, acústica y táctil. La materia como ser en sí misma se nos presenta, allí

donde vanamente creíamos poder plegarla o dominarla a través del logos.

En una línea más cercana al paradigma estético, es de utilidad una reflexión sobre cómo se fue construyendo el arte moderno, y el arte concreto. Planteado en términos que superan los binarios exterior-interior, material-espiritual, lógica-intuición, representación-abstracción.

“No se trata por lo tanto de combinar medios puros en el arte abstracto, sino de recomponer medios y expresar la emoción del artista, ya que ellos mismos son portadores de emoción, según como se compongan”. En un grupo terapéutico, las conversaciones y el modo en que se componen se nos muestran en un relato emocionado y encantador. Una secuencia de grupo entusiasta y de alta sensualidad en la aparición de analizadores insurgentes que emergen en una intervención, en una asamblea o en un movimiento de masas.

Kandinsky, de nuevo, subraya una interesante reflexión en relación no sólo a la tarea de lo grupal, sino también al proyecto. Afirma: “cada arte tiene sus raíces en su tiempo, pero el arte superior no es apenas un eco o un espejo de esa época, él posee más allá de eso, una fuerza profética que se extiende lejos y muy profundamente en el futuro”.

Este futuro, este porvenir, es lo que podrá autorizar y estimular una dinámica clínica donde la invención del futuro tenga lugar frente a la explicación del presente por el pasado, la creación de lo no existente, ruptura del lenguaje, multiplicación dramática

en lugar de escenificación de lo ya acontecido. Fin del objeto, fin de la representación. Hoy, frente a una exploración de este tipo se nos plantea una tarea que se realiza en diferentes ámbitos: formación, investigación y terapia.

En la interpelación de nuestro marco histórico-social podemos tomar un viraje hacia “el post-modernismo”, corriendo el riesgo de declarar la muerte de la historia y las ideas, o dirigirnos hacia “la crítica”, corriendo el riesgo de convertirnos en predicadores de certezas preexistentes. Pero, asumamos el riesgo de la crítica, porque desde esa mirada, tal vez, siempre haya una pregunta, una acción y un posicionamiento más: la crítica, por definición cuestiona.

André Gorz ya nos hablaba de una crítica interna y una externa, subrayando que la interna es la que podemos construir de manera autogestionada para poder intentar siempre un grado mayor de libertad de pensamiento. La crítica externa podría demolernos en nuestro propio intento de crítica interna, al constituirnos en organización. En el plano de la inmanencia, se trata de ir construyendo hacia un devenir compositivo que devenga en una suerte de permanente proceso instituyente. La crítica externa endurece, nos endurece, nos entristece, y no permite potencias grupales, simplemente, las aplanas.

Por lo tanto, hay que estar atentos, no sea cosa de asombrarnos un día, al acontecer lo que no queríamos, ni deseábamos ver. Hoy la actividad de lo grupal nos alerta a estar atentos a los emergentes grupales

que posibiliten una contraefectuación a los efectos que los microfascismos provocan en grupúsculos que hoy van tomando la hegemonía en el tejido social.

Por último, una reflexión sobre las implicaciones metodológicas que nos traen las ideas de: Grupo, Mutualidad, Diversidad y Común a la Concepción Operativa. Estos cuatro conceptos los observamos en la práctica que se desarrolla en un proceso de psicoterapia grupal, y en la técnica interpretativa que se pone en juego.

La mutualidad se refiere a los procesos de transferencia y contratransferencia, aunque corre el riesgo de acoplarse a los procesos identificatorios que aparecen en las vinculaciones y que acaban propiciando una comprensión tibia del acontecer con y entre los otros. Así, surge la opinión y/o la interpretación como preexistente a la singularidad, y a la creación de sentido. Lo diverso, lo heterogéneo, cuando de coordinar un grupo se trata, nos desafía a dar lugar a toda la complejidad que se abre en relación al encuadre, y a las posibilidades de observación y de escucha de lo que el grupo desarrolla e investiga.

En la psicoterapia, la irremediable vocación narcisista del paciente y muchas veces del terapeuta, nos lanza a un apetito de identificaciones que acaba haciendo de las interpretaciones, los señalamientos, y las intervenciones sobre la dinámica grupal una confirmación de lo dado y anulando, de ese modo, el proceso terapéutico como mecanismo creativo.

Los trabajos sobre el cliché en el arte y sobre la escena como sketch pueden servirnos para identificar estas cuestiones y relanzar un pensamiento sobre la técnica y metodología en la psicoterapia de grupo. El teatro nos enseña que el sketch es una caricatura del vínculo y deja al cuerpo, la sensación y el deseo de cambio en otra escena. A esa otra escena se llega no solo con el análisis de la transferencia y de las identificaciones, sino habitando el encanto, el misterio, y el coraje que arriban con la producción deseante.

Oswaldo Saidón

Clínica psicosocial y grupo familiar

Psychosocial Clinic and Family Group

Alejandro Scherzer

Psiquiatra y Psicólogo clínico. Terapeuta del grupo familiar.

Ex Decano de la Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

El autor, en la clínica familiar y psicosocial que realiza, señala que la familia grupal tiene objetivos y tareas prescritas por la sociedad, con roles y funciones diferenciados en función de la tarea a realizar, y que son fundantes del Grupo Familiar. Propone el pasaje de la “enfermedad mental” de un sujeto, a la “enfermedad” del grupo familiar, siguiendo la línea pichoniana. Las estrategias psicoterapéuticas incluyen los abordajes individuales, de pareja, de grupo, los equipos terapéuticos, etc.

Palabras clave: *Clínica psicosocial, grupo familiar, estrategias terapéuticas.*

ABSTRACT

The author points out, that in the family and psychosocial clinic that he carries out, the family group has objectives and tasks prescribed by society, with differentiated roles and functions in relation to each task that is being carried out. This are the foundation of the Family Group. He proposes the transfer from the “mental illness” of a subject to the “illness” of the family group, following the pichonian line. Psychotherapeutic strategies include individual, couple, group approaches, therapeutic teams...etc.

Key words: *Psychosocial clinic, family group, therapeutic strategies.*

A continuación se presentan algunas cuestiones clave relativas a la clínica psicosocial y grupo familiar.

CUESTIÓN PRIMERA

La frase “La clínica, la práctica, manda” nos la enseñaban nuestros maestros de Psicología y Medicina, y sigue teniendo plena vigencia. El presente y el futuro de

la clínica psicosocial de la “Psicología Social Operativa” se apoya y nutre de una matriz de raíz pichoniana con las siguientes características:

Dos rupturas con dos pasajes concomitantes:

- Del Psicoanálisis a la Psicología Social.
- Del individuo al grupo. Del “diván” a los colectivos.

Cinco creaciones:

- Una disciplina científica: la Psicología Social.
- Una nueva Clínica.
- Un ECRO: Esquema conceptual, referencial y operativo.
- Una técnica: la Técnica Operativa de Grupo.
- Una Escuela.

Seis postulados:

- La adaptación activa a la realidad: el ser humano producido; “aprender a pensar”.
- Los criterios de salud – enfermedad son ideológicos.
- El denominado enfermo mental es emergente de la dinámica de su Grupo familiar.
- El funcionamiento operativo del grupo familiar genera salud y cura.
- La dimensión estratégica es fundamental en los abordajes clínicos.
- La construcción de la subjetividad: la importancia de la cultura y vida cotidiana.

CUESTIÓN SEGUNDA

Pichon-Rivière define la familia como “la estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo)”. Enunciados los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal (1).

Asimismo, recordar al autor en dicho texto: “...nuestras experiencias nos permiten considerar a la enfermedad mental, no como la enfermedad de un sujeto, sino como la de la unidad básica de la estructura social: el grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el portavoz, emergente de esa situación total”.

Pichon-Rivière con estas dos frases de 1960 expuso profundas innovaciones en el campo de la Salud Mental, de la Psiquiatría y la Psicología. El ECRO que propone, contiene, al menos, cuatro descentramientos, cada vez más vigentes:

1. De una visión individual antropocéntrica a la unidad colectiva: el grupo.
2. De la situación triangular (edípica) de un sujeto, a los roles-funciones diferenciados de madre, padre, hijo, en el funcionamiento del grupo familiar.
3. El grupo familiar como modelo natural de interacción grupal.
4. De la “enfermedad mental” de un sujeto, a la “enfermedad” del grupo familiar (el entrecomillado es mío, prefiero no utilizar el término enfermedad mental, como lo hizo Pichon, y menos referirlo al funcionamiento familiar).

CUESTIÓN TERCERA

Pichon-Rivière planteó el funcionamiento de la familia como grupo operativo, en base a tres roles diferenciados: madre, padre, hijo. La definición la pensó para operar en el campo de la Salud Mental, y la Psiquiatría de aquella época. Personalmente he tratado de

desarrollarla, realizando algunas precisiones, sesenta años después, y confirmando la actualidad de su pensamiento clínico.

Pichon-Rivière denominó “situación triangular básica” a las tierras del grupo humano, de la grupalidad familiar. Y con ello, descentró el modo de producción deseante del Complejo de Edipo en el Grupo Familiar.

Afirmamos que: “la familia grupal tiene objetivos - tareas prescritas por la sociedad, con roles y funciones diferenciados en relación a cada tarea a realizar, que son fundantes del Grupo Familiar.

CUESTIÓN CUARTA: acerca de la familia

El Grupo Familiar no tiene por qué coincidir, necesariamente, con la familia nuclear. Hay Grupos Familiares fundados por la pareja entre dos seres humanos (matrimonial), pero hay familias que no son fundadas por una pareja e incluso se construyen sin pareja; asimismo, hay parejas conyugales que no fundan ninguna familia.

El trabajo en la Clínica Psicosocial pretende contextualizar histórica y políticamente la comprensión de la vida familiar, las condiciones de su existencia. También su relación con las generaciones, las distintas coyunturas sociopolíticas, y las instituciones ligadas a estas como constructoras de la subjetividad y de la atención en Salud Mental. No es interaccionismo. Es micropolítica de la vida cotidiana.

CUESTIÓN QUINTA: la familia como grupo, algunas características particulares

- En el Grupo Familiar, los objetivos - tareas constituyentes son fundantes, están socialmente prescritas (1). A diferencia del grupo familiar que tiene una historia previa, el grupo de aprendizaje no tiene una historia previa común; los objetivos fundantes de estos grupos son planteados por los coordinadores, que representan a la institución y/o por la propia institución.
- Una de las leyes más importantes del funcionamiento del grupo familiar es la prohibición del incesto. Sin embargo, en los Grupos de Aprendizaje no existe esta prohibición del incesto (1).
- Los celos, la dependencia afectiva y económica de los hijos hacia los padres y de los padres hacia los hijos, marcan una diferencia sustantiva con otros tipos de grupos (3).
- El hogar, el espacio familiar, es fundamental para su funcionamiento. La propiedad privada de los muebles, casa, objetos, herencia, marcan un elemento distintivo diferencial de la pertenencia grupal (2).
- En el funcionamiento de los grupos familiares: la procreación, el parentesco, la filiación, los ritos sociales conjuntos, las costumbres, tradiciones, el nacimiento, los cumpleaños, el dinero, los regalos, el patrimonio, el cuidado de los enfermos, el velar y enterrar a sus integrantes, le otorgan características particulares. Y,

asimismo, los aspectos generacionales, intergeneracionales, transgeneracionales (2).

- La familia, a diferencia de otro tipo de organizaciones grupales, tiene una legislación propia en el Código civil y en el Código penal (3).
- Los lazos de unión del grupo familiar son de parentesco. A diferencia de otros grupos, hay obligatoriedad para algunas tareas, por ejemplo, permanecer hasta

cierta edad cronológica, bajo pena de sanciones de tipo legal y hasta penal (4).

Por último, subrayar la dimensión estratégica, que incluye los abordajes individuales, de pareja, de grupo, los equipos terapéuticos, etc.

Los resultados que estamos obteniendo en nuestra Clínica Psicosocial nos estimula a seguir trabajando y desplegando los desarrollos teóricos y técnicos de Pichón-Rivière para una mejor aplicación en la práctica clínica “psi”.

Referencias bibliográficas

1. Pichon-Rivière E. Tratamiento de Grupos Familiares: Psicoterapia Colectiva. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Buenos Aires: Galerna; 1960.
2. Scherzer A. La Familia. Tomo 1. Montevideo: Banda Oriental; 1994.
3. Scherzer A. ¿Quién “Cura” a Quién? Montevideo: Multiplicidades, CEUP; 1997.
4. Scherzer A. web: zonacomun.com.uy

Alejandro Scherzer
Correspondencia: alescher@gmail.com

La Concepción Operativa de Grupo en Italia

Group Operating Concept in Italy

Lucia Balello

Psicóloga. Italia. Fundadora de la Asociación de Psicoanálisis Internacional de pareja y familia

Raffaele Fischetti

Psicólogo. Fundador de la Asociación de Psicoanálisis Internacional de pareja y familia

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Se traza la historia de la Concepción Operativa de Grupo desde la llegada del prof. A. Bauleo en Italia donde encuentra un clima propicio para la difusión de sus ideas en el ámbito grupal, institucional y comunitario. La fundación del IIPSA y las escuelas posteriores ofrecen la posibilidad de “trabajar” las nociones de Pichon-Rivière y J. Bleger en el contexto italiano.

Palabras clave: Psicología social analítica, formación grupal, psicoanálisis operativo.

ABSTRACT

It traces the history of the Group Operational Conception from the arrival of prof. A. Bauleo in Italy where he finds a favorable climate for the diffusion of his ideas in the group, institutional and community fields. The foundation of the IIPSA and subsequent schools offer the possibility of “working” on the notions of Pichon-Rivière and J. Bleger in the Italian context.

Key words: Social analytic psychology, group training, psychoanalysis operative.

En 1969 la IPA organizó un congreso en Roma. En esa ocasión, A. Bauleo conoce a P. F. Galli, a B. Rotschild y a un grupo de disidentes italianos y suizos; juntos organizan un contra-congreso sobre “Psicoanálisis y Sociedad” y se interrogan sobre las cuestiones que rodean al Análisis Didáctico. Estas discusiones tienen el efecto de dejar la IPA y fundar Plataforma Internacional¹. Bauleo regresa a Buenos Aires, y con un grupo

consistente de psicoanalistas y docentes de la Asociación, deja la APA y participa en la fundación del grupo “Plataforma”.

A principios de la década de 1970, en Milán, fue invitado a disertar en congresos sobre “Psicoanálisis y Política” organizados por Psicoterapia e Scienze Umane y por A. Verdiglione. Posteriormente fue llamado a Bolonia por V. Melega y A. Merini para

impartir clases de la especialidad universitaria de psiquiatría en la Facultad de Medicina. En 1976 llegó a Italia y empezó a organizar “Grupos de Formación sobre Grupos Operativos” en Venecia.

En 1978, en Italia, la ley Basaglia condujo a un cierre progresivo de los asilos y, en cascada, a la introducción de leyes que conducen al cierre de escuelas especiales, orfanatos y una apertura general de las cárceles. Se desplazó el eje de intervención de la represión y la simple custodia a iniciar procesos de terapia, educación y rehabilitación. La idea básica de Basaglia era romper con una situación de segregación, y abolir las instituciones totales. Reintegrar a las personas segregadas, a todos los que habían sido tratados como desviados, peligrosos o improductivos para la comunidad.

Como respuesta al cambio, tanto en la legislación como en la opinión pública, se establecen Servicios Territoriales de Psiquiatría, Centros de Orientación Familiar y Servicios de Drogodependencias. Dentro de la escuela, los niños con desventaja y discapacidad se integran a las clases normales. Se crea la figura del docente de apoyo y del psicopedagogo. Nadie sabe realmente qué es un Servicio Territorial de Psiquiatría, un Sert², un Centro de Orientación familiar, o qué puede significar enseñar en una clase formada por niños que tienen niveles de comprensión, atención y comportamiento tan diferentes. No están claras las figuras y roles dentro de ellas, no está clara la tarea institucional ni lo que significa llevarla adelante....

La diferencia entre ser psiquiatra en un hospital psiquiátrico y hacerlo en un servicio territorial pasa a primer plano. Se introducen nuevas figuras profesionales y se cuestiona la necesidad de reorganizar, al mismo tiempo que las nuevas estructuras, las identidades profesionales que se habían desmoronado junto con la ruptura de las instituciones totales. A. Bauleo, junto a los alumnos que trabajan en las instituciones y con las instituciones, comienza a identificar una serie de problemáticas que emergen en la relación entre forma organizacional, tarea y las figuras profesionales que se introdujeron paulatinamente en los nuevos servicios públicos.

Bauleo llega a Europa con un Psicoanálisis que quiere salir de la “sala de análisis” y que se interroga sobre las instituciones, y a partir de una importante experiencia y trabajo sobre grupos, instituciones y comunidades, junto a E. Pichon-Rivière y a J. Bleger. En Italia aprovecha para observar estas nuevas formas institucionales que se están organizando, y de las que surgen problemáticas relacionadas con la *multi-profesionalidad* de los operadores presentes en los servicios que, a su vez, los equipos necesitan transformar en *inter-disciplinariedad*, en busca de un pensamiento sobre el trabajo compartido (esquema común de referencia).

Conecta la conflictualidad presente en los servicios con la tarea institucional y las dificultades que encuentran los operadores, primero para identificarla y luego para llevarla a cabo. De esta forma realiza dos movimientos: *traslada el conflicto de la persona a la tarea y, al mismo tiempo, lo*

utiliza como recurso. Invita a trabajar con el grupo y sobre el grupo, y empuja a los estudiantes a utilizar el Dispositivo Grupal para experimentarlo tanto en el ámbito público (Servicios Psiquiátricos, Ser.T., Escuelas, Universidades, Consejería Familiar) como en el sector privado.

Las nociones de *vínculo, emergente y tarea* le permiten pensar el juego instituido/instituyente y repensar el movimiento entre estructura y proceso. Al mismo tiempo, en el trabajo grupal institucional, las nociones mismas se abren y adquieren una complejidad diferente: una vuelta virtuosa de la espiral dialéctica. A finales de los 70, principios de los 80, habla por primera vez de la *Psicología Social Analítica* como de una *tensión hacia*, lo que reubica al Psicoanálisis junto a la denominación de Psicología Social, replanteando el camino que Pichon había señalado con el título “Del psicoanálisis a la psicología social”:

“... lo que surge con claridad es que la psicología social es analítica por sus postulados (y por sus orígenes), y también por el uso de cierto tipo de metodología (por ejemplo, la interpretación) “que” partiendo de datos manifiestos a través de efectos estructurales (...) da sentido a la situación; de esta forma seguimos pensando analíticamente los distintos momentos”³

La interpretación no es una “interpretación psicoanalítica” del grupo sino una interpretación “analítica psicosocial”, donde lo social está incluido en la interpretación misma, siguiendo la articulación metodológica

del Psicoanálisis y el Marxismo. Introduce un aliento internacional para comparar y trasladar las peculiaridades locales con las dos conferencias Iberoamericanas en Madrid, 1979, y Venecia en 1980, y la posterior fundación en Milán del “Centro Internacional de Investigación en Psicología Social” (CIR). Los italianos participaron activamente en las iniciativas.

En 1985 institucionalizó la formación, fundando con Marta De Brasi, Rodolfo Picciulin, Raffaele Fischetti y Paolo Roccalbegni el IΨA e iniciando en 1986 la Escuela de cuatro años en *Concepción Operativa de Grupo*. Se adopta en la escuela el Modelo Pedagógico de Información/Grupo Coordinado⁴. Por primera vez en el grupo italiano se introduce de forma sistemática *el psicoanálisis* en la formación de un coordinador de grupo.

En el primer año se estudia a Freud y se organizan seminarios y cursos intensivos donde se invita a psicoanalistas a reabrir un diálogo con las diferentes posiciones del Psicoanálisis entonces vigente. En el segundo y tercer año, la información se concentra en el grupo siguiendo una línea que fue *diferenciando* el modo psicoanalítico de Bion, Foulkes, Käs y Puget en su modo de pensar sobre el grupo, y el modelo psicoanalítico de la Concepción Operativa. En el cuarto año se daba centralidad a la observación y supervisión de los grupos.

La organización de las informaciones y las aportaciones de los profesores internacionales externos nos llevó a repensar el por qué de la “Psicología Social Analítica”

y los términos/nociones presentes en la denominación. Se siguió “trabajando” los conceptos del Grupo Operativo y su propia organización, lo que poco a poco llevó a que las nociones adquirieran una profundidad diferente.

En 1986 se instituyó en Padua el “Curso Bienal de Especialización Estatal para Profesores de Apoyo”, dirigido por Ottaviano Lorenzoni, en el que se introdujo el modelo pedagógico de la Concepción Operativa. Participaron Armando Bauleo y algunos integrantes del IΨA. En la década de 1990, el Instituto se convirtió en IΨA Instituto Internacional de Psicología Social Analítica, afiliado a la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo (IAGP) y a la Federación Europea de Psicoterapia Psicoanalítica en los Servicios Públicos (FEPP); participando con diversas ponencias en congresos y jornadas. En el mismo periodo en Rimini se fundó la “Escuela de Prevención José Bleger”, dirigida por Leonardo Montecchi con la dirección científica de Armando Bauleo. Posteriormente se inauguró un “Centro de Estudios e Investigaciones” dirigido por Leonardo Montecchi.

En 1992 el CIR se disolvió después de un larga debate⁵. En 2001 se cerró el IΨA, en cumplimiento del Estatuto. En el momento actual, en Italia se están empezando a organizar otros grupos en relación a la Concepción Operativa de Grupo. En 2006 se fundó en Padua el “Grupo de Investigación en Psicoanálisis Operativo” (GRIPO), cuyos fundadores fueron Lucia Balello, Raffaele Fischetti y Fiorenza

Milano. Al año siguiente GRIPO ingresó como miembro fundador de la naciente “Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia” (AIPCF), fuertemente anhelada por su primer presidente Alberto Eiguer, que había conocido y trabajado con Pichon-Rivière en Buenos Aires.

El 19 de abril de 2008 fallece en Buenos Aires Armando Bauleo.

En 2012 GRIPO organizó el IV Congreso Internacional de la AIPCF en Padua, cuyos resultados fueron muy satisfactorios para los participantes. Los reconocimientos al grupo empujan a GRIPO a darse una organización más compleja y a pensar en establecer un máster sobre pareja y familia. La intención y el placer era no dejar caer y transmitir la gran obra de Pichon-Rivière, a la que siempre se había referido Armando Bauleo, operando en las nociones de Pichon-Rivière, y en las transformaciones que conceptualizaban y ampliaban el campo de trabajo.

El *Psicoanálisis Operativo* es el efecto de una investigación dentro del Psicoanálisis sobre el carácter social y familiar del sufrimiento psíquico, sobre la identidad grupal o sincrética, que permite a J. Bleger pensar que “no son los individuos los que forman los grupos sino los grupos los que forman los individuos”, y a Bauleo profundizar sobre su noción de sujeto colectivo.

L. Balello, R. Fischetti y F. Milano, en 2014, instituyen el “Máster Cuadrienal en Psicoanálisis de Pareja y Familia” en Padua y posteriormente en Mantua. El grupo GRIPO centra su investigación en algunos ámbitos de intervención:

- En el ámbito comunitario con algunas intervenciones de promoción de la salud en la comunidad de Feltre y San Giovanni Valdarno sobre los problemas del bullying y con intervenciones de prevención en el ámbito de las Drogodependencias y el juego patológico.
- Sobre formación y supervisión institucional en servicios psiquiátricos, y acompañamiento a los equipos para la constitución de grupos terapéuticos y grupos familiares dentro de los servicios públicos.
- En el campo de la formación profundizando en las implicaciones del coordinador/observador.
- Trabajando en la clínica en las distintas perspectivas o ámbitos desde los que se manifiesta un mismo síntoma.

Referencias bibliográficas

- 1 Balello L. Noción grupal de vínculo y objeto teórico. *Revue internationale de Psychoanalyse de couple et famille*. 2011;9:95-107.
- 2 Balello L, Fischetti R. La notion d'emergent. *Dialectique de l'un et de la multiplicité*. Le Lien, 2016;53.
- 3 Balello L, Fischetti R, Milano F. L'osservazione psicoanalitica. Controtransfert e vincolo. *Rev. Gli Argonauti*. 2018;157.
- 4 Bauleo A. *Ideología, grupo y familia*. Buenos Aires: Kagieman; 1974.
- 5 Bauleo A. *Psicoanálisis y Grupalidad*, Buenos Aires: Paidós; 1999.
- 6 Bleger J. Grupo familiar y psicohigiene. En: Bleger J. *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós; 1976. p. 147-165.
- 7 Bleger J. *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós; 1966.
- 8 Fischetti R. *Glossario blegeriano*. Roma: Armando; 2014.
- 9 Pichon-Rivière E. *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1975.
- 10 Pichon-Rivière E. *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.

Lucia Balello

Correspondencia: lucia.balello@libero.it

Raffaele Fischetti

Correspondencia: raffaelefischetti@libero.it

Notas sobre el trabajo con grupos multifamiliares

Notes on working with multi-family groups

Massimo De Berardinis

*Psiquiatra, Psicoterapeuta
Florencia (Italia)*

Recibido: 19/3/2022

Aceptado: 23/2/2023

RESUMEN

En estos breves apuntes, el autor expone consideraciones sobre las motivaciones y la utilidad del enfoque psicoterapéutico multifamiliar. También señala la importancia del análisis institucional y de la formación psicoanalítica como herramientas fundamentales para entender las manifestaciones de resistencia y cambio que pueden darse en el trabajo con grupos multifamiliares.

Palabras clave: *Multifamiliar, grupos operativos, psicoanálisis, institución.*

ABSTRACT

In these brief notes, the author reports considerations regarding the motivations and usefulness of the multifamily psychotherapeutic approach. He also points to the importance of institutional analysis and psychoanalytic training as fundamental tools for understanding the manifestations of resistance and change that can occur in working with multifamily groups.

Key words: *Multifamily, operational groups, psychoanalysis, institution.*

Responder a la pregunta: ¿por qué no sólo trabajamos con el paciente individual, sino que nos esforzamos por involucrar también a su familia e incluso a grupos de familias?, es un interrogante que significa cuestionar nuestra idea de salud y enfermedad mental. Si pensamos que la salud y la enfermedad mental representan un fenómeno limitado al sujeto o más bien, al cerebro del sujeto, como sostienen ciertos psiquiatras, no tiene sentido tratar con familias o cualquier aspecto referido al contexto sociodinámico

del paciente. Y, si lo hiciéramos, perseguiríamos sólo la idea de mitigar los efectos negativos que la enfermedad del paciente genera en su familia y su entorno (1). En ese caso, el tratamiento sería individual, cuando no sólo biológico y, en casos de fracaso, se pasaría de un programa de atención a un programa de gestión de pacientes.

Otra mirada, muy “de moda” años atrás, consideraba a la enfermedad mental como consecuencia específica y directa de una mala actuación social y/o familiar. Este

enfoque es problemático porque piensa la enfermedad derivada de una culpa (expresión de una generalización inadecuada de casos específicos). Esta versión, tristemente conocida, persistió en la cultura popular con expresiones como: “madre esquizofrénica” o “siempre es culpa de los padres”... El tratamiento en estos casos consistía en “defender” al paciente, que era pensado como una “víctima”, de la sociedad y/o de la familia.

Pensamos que el sujeto no nace “aislado”, que no se desarrolla “por sí mismo” dentro de líneas de evolución biológica, y tampoco que sea simplemente víctima de la familia o de la sociedad. Consideramos, por el contrario, que el sujeto transita por un complejo camino interactivo, de carácter bio-psico-social, y que encuentra su ámbito específico en el grupo familiar primario. En esta comprensión, el significado del trabajo terapéutico con las familias, no sólo con los pacientes, parece evidente.

Por otro lado, el trabajo clínico diario nos muestra que las intervenciones realizadas sólo con “el paciente”, sin la familia, pueden representar una forma de colusión con la patología del grupo familiar que, según la lógica del “chivo expiatorio” distingue en su interior un miembro enfermo a diferencia de los demás sanos. Pensamos que, la estructura familiar, mejor definida como institución familiar, constituye un fenómeno complejo que debería ser abordado en su unidad siempre (2). En referencia a esto me parece muy interesante la cita de Pichon Rivière:

“El contraste que más sorprende al psicoanalista en el ejercicio de su tarea,

consiste en descubrir con cada paciente que no nos encontramos frente a un hombre aislado, sino ante un emisario. Comprender que el individuo no es solo el actor principal de un drama que busca esclarecimiento a través del análisis, sino también el portavoz de una situación protagonizada por los miembros de un grupo social (su familia), con los que está comprometido desde siempre y a los que ha incorporado en su mundo interior a partir de los primeros instantes de su vida” (3).

Si esto explica nuestro interés por las familias, ¿por qué intentamos ir más allá, hasta trabajar con grupos multifamiliares? La respuesta, en mi caso, llegó de la práctica clínica: la transición del grupo unifamiliar al multifamiliar tuvo lugar cuando me di cuenta de que trabajar con dos, tres, cuatro o más familias juntas era más eficaz y rápido que trabajar con familias individuales.

Con el tiempo aprendí que “la fuerza extra” que caracterizaba a este tipo de trabajo residía justamente en la presencia simultánea de varias “familias fantasmas” y “familias reales”; con lo que ello implica en términos de interacciones entre procesos transferenciales, introyectivos y proyectivos.

Mi acercamiento terapéutico a los grupos multifamiliares se remonta a casi cuarenta años atrás. Mi primera formación como psiquiatra y, más tarde, en paralelo a mi formación psicoanalítica, comencé a trabajar con grupos multifamiliares en la Concepción Operativa de Grupos (COG), elaborada por Pichon Rivière y desarrollada por Bleger, Bauleo, y otros. El fundamento

teórico que sustenta mi trabajo con grupos multifamiliares es el Psicoanálisis y, más específicamente, la COG (4).

Brevemente señalaré algunos elementos teóricos que me han ayudado en mi trabajo con grupos multifamiliares. Recordaré que, nuestra condición de individuos, más o menos discriminados, es el resultado de un proceso que, a través de múltiples eventos, se desarrolló, en sus primeras y fundamentales etapas, dentro de nuestros grupos familiares primarios. De este proceso me interesa subrayar dos aspectos: el que se refiere a la introyección de las relaciones de objeto, base de la construcción de nuestro llamado “mundo interno”, y el relativo a la naturaleza institucional de los grupos familiares.

Se parte de la teoría de las relaciones de objeto. Estas relaciones, una vez interiorizadas, se organizan después en forma de representaciones del mundo externo (en función de cómo el yo del sujeto las experimenta emocionalmente). Estas representaciones no reproducen exactamente el mundo de las relaciones reales, no obstante, bajo el efecto de la evolución del yo y de las sucesivas relaciones de objeto, se asiste a una aproximación cada vez mayor a la realidad (5).

Podríamos decir que la medida de la distorsión, con la que el sujeto entra en relación con la realidad, representa un indicador del grado de su salud o enfermedad. Y que esto es, básicamente, a lo que nos enfrentamos cuando hablamos de psicopatología y terapia. Es muy importante considerar la forma con la que el yo se pone en relación con la representación del objeto internalizado, ya que condiciona también la expresividad

externa. La naturaleza transferencial de esta relación (es decir, la tendencia a repetir con el “otro real” la modalidad de la relación internalizada) permite indagar acerca del vínculo que el paciente mantiene con sus objetos internos.

En la relación terapéutica resulta de fundamental importancia que los roles asignados no sean actuados por el terapeuta sino “traducidos”, a través de la interpretación, en una hipótesis sobre el acontecer inconsciente del enfermo. El objetivo es cooperar con el sujeto en la modificación de las percepciones del mundo, y en la búsqueda de nuevas formas de adaptación activa a la realidad (6).

Pichon Rivière dice que la experiencia terapéutica implica “la confrontación”. El paciente, en función de los vínculos internalizados, asignará al terapeuta (y no sólo) diferentes roles, que evidenciarán su “distorsión” en la lectura de la realidad. El proceso terapéutico será, precisamente, el camino que permite al paciente transformar estos vínculos.

La función de “confrontación” (que tiene valor interpretativo) en los grupos multifamiliares, como en los grupos operativos, es efecto de las transferencias múltiples (que implican procesos de adjudicación y asunción o rechazo de roles), y no es asumida solamente por el coordinador. En el grupo, todos los participantes contribuyen y, de ese modo, se produce un aumento exponencial de las potencialidades terapéuticas. De esta manera subrayo que, con las mismas referencias teóricas existen diferencias en las técnicas de intervención, que es diferente el trabajo grupal al individual.

Respecto al segundo punto, la naturaleza institucional de los grupos familiares, planteamos con Bleger que, la familia, por su naturaleza institucional, al inicio de la vida psíquica del sujeto, y en mayor o menor medida después, constituye el receptáculo de las partes más inmaduras y menor discriminadas de la personalidad de sus miembros. Se puede decir que, si las cosas funcionan bien, la familia representa el contenedor que permite el desarrollo y crecimiento de las personas.

También es preciso tener en cuenta que, en los grupos primarios todos los componentes tienden a funcionar como depositarios los unos de los otros; asumiendo y actuando, en manera complementaria, los roles depositados (2). Esto define el funcionamiento familiar, que muestra las modalidades de relación, los vínculos primarios, introyectados por sus miembros. De esta manera, si el grupo familiar atraviesa fases de inestabilidad, el miembro que se hizo más cargo de las ansiedades y conflictos familiares, disminuirá sus defensas y se hará depositario del rol de enfermo (el denominado “chivo expiatorio”) (7).

Tenemos en cuenta estos aspectos cuando trabajamos con grupos multifamiliares, y tendremos que ocuparnos de los diversos niveles: individual, grupal, familiar e institucional (8). En los inicios grupales será necesario definir el contrato terapéutico entre la coordinación y el grupo. Este contrato deberá especificar el escenario del trabajo en grupo, definiendo la tarea, el lugar, la duración y el rol de los participantes. La negociación tendrá que realizarse en grupo, e involucrará a cada uno de los participantes.

El grupo así constituido tenderá a estructurarse inicialmente como un “grupo de grupos” y será natural esperar largas fases de “pre-tarea”, en las que emergerá toda una fenomenología de resistencia orientada a mantener lo “ya conocido”. En este caso, la función institucional que desempeña el *setting* será de gran ayuda para favorecer el proceso de entrada en la fase de “tarea” (es decir, en el proceso terapéutico). De hecho, el *setting*, su característica de invariancia define su función institucional, y sosteniendo los procesos de cambio.

Por otro lado, ¿cuáles son los “instituidos” que esperamos se puedan flexibilizar y transformar?

1. La estereotipia de las relaciones primarias internalizadas a nivel individual.
2. La estereotipia de las relaciones históricamente determinadas entre los miembros de cada grupo familiar.
3. La estereotipia de la estructuración del grupo multifamiliar en forma de “grupo de grupos”.

Para lograr los objetivos mencionados será de fundamental importancia que la coordinación evite coludir:

- con la resistencia expresada a nivel individual, que es el esfuerzo que hacen los sujetos para no modificar la forma de los vínculos con la “familia fantasma internalizada” ..., es decir, con su patología;
- con la resistencia expresada por los grupos familiares a cambiar los roles históricamente asignados y aceptados por sus miembros, en particular el de “chivo expiatorio”;

- con la resistencia expresada por el grupo multifamiliar a cambiar la estructura de grupo de subgrupos (grupo de grupos), para no pasar a la de grupo de individuos (grupo operativo).

En mi experiencia ha sido especialmente útil evitar poner el foco en la estructura de los grupos primarios y en la transferencia de los miembros individuales. Y he podido consta-

tar que, centrarse en la relación grupo - tarea y ayudar a los integrantes a enfrentar los obstáculos que se interponen para el logro de la tarea, tiene una incidencia importante en el paso de la fase de pre-tarea a la fase de tarea. Esta coordinación favorece la acción transformadora, simultánea y sinérgica, sobre todos los niveles: individual, familiar, grupal e institucional (9).

Referencias bibliográficas

1. De Berardinis M. A proposito di complementarità: psicoterapia e trattamento psicofarmacologico. *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 2012;86(1).
2. Bleger J. *Psicoigiene e Psicologia Istituzionale*. Loreto (AN): Lauretana; 1989.
3. Pichon Rivière E, Pampliega de Quiroga A. *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1987.
4. De Berardinis M. Dispositivi gruppali e trasformazioni istituzionali all'interno di un reparto psichiatrico ospedaliero. Sito della Scuola J. Bleger, Rimini. www.bleger.org ; 2019.
5. Marzotto M. *I fondamenti della concezione operativa di gruppo*. Bologna: CLEUB; 1994.
6. Pichon Rivière E. *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.
7. Pichon Rivière E. *Il Processo Gruppale*. Loreto (AN): Lauretana; 1985.
8. Bauleo A. *Ideología, gruppo e famiglia – controistituzioni e gruppi*. Milano: Feltrinelli; 1978.
9. De Berardinis M. *Los grupos multifamiliares. Cuadernos de temas grupales e institucionales*. Madrid. www.area3.org.es; 2019.

Massimo De Berardinis

Correspondencia: massimo.de.berardinis@gmail.com

Legado de Armando Bauleo. Entre la utopía y lo posible

Legacy of Armando Bauleo. Between utopia and the possible

Loredana Boscolo

Psicóloga. Venecia (Italia)

Marta De Brasi

Psicoanalista. Grupalista. Venecia (Italia) y Buenos Aires (Argentina)

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Bauleo y De Brasi trabajaron con grupos cuya tarea principal era trabajar sobre la oferta institucional de los servicios territoriales. El dispositivo operativo "interroga" la demanda de ayuda asistencial, terapéutica o educativa, y hace emerger los aspectos latentes o las cristalizaciones de los vínculos. No siempre aquello que los pacientes quieren o imaginan querer, es lo que necesitan para iniciar un proceso de cambio. La institución es externa y también interna en nosotros, por lo cual, más allá de un análisis de la institución, es necesario también un análisis de la subjetividad.

Palabras clave: *Análisis de la demanda, análisis institucional, dispositivo grupal.*

ABSTRACT

Bauleo and De Brasi worked with groups whose main task was to work on the institutional offer of territorial services. The operative device "interrogates" the demand for care, therapeutic or educational help, and brings out the latent aspects or the crystallizations of the links. What patients want or imagine they want is not always what they need to start a process of change. The institution is external and also internal to us, for which an analysis of the institution, and of subjectivity, is necessary.

Key words: *demand analysis, institutional analysis, group device.*

Se necesita hacer resucitar la utopía, esto sería para mi volver la mirada al pasado para transitar hacia el futuro.

A. Bauleo

Conversamos con Marta, compañera de una vida de Armando Bauleo, caminando por las calles de Buenos Aires, atraída y fascinada por el movimiento de las nubes, que pasan rápidas combinándose en juegos caleidoscópicos de formas maravillosas, cubriendo

y descubriendo la profundidad del cielo, proyectando luces y sombras en el paisaje de la ciudad.

Buenos Aires, donde Armando Bauleo nació, creció e inició su carrera profesional

de psiquiatra y psicoanalista, junto a sus maestros, colegas y amigos: Pichon Rivière, Marie Langer, José Bleger y muchos otros. Y donde trabajó hasta que la dictadura cívico-militar con el terror y la brutal violencia lo obliga a exiliarse en Europa, primero en España y luego en Italia junto a Marta.

Mientras hablamos de este pasaje, Marta me cuenta de la ruptura del IPA (International Psychoanalytical Association) y luego con la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) a través del grupo Plataforma, que fue el primer grupo que se alejó de las instituciones psicoanalíticas. Con la finalidad de romper la aglutinación con la institución, con el objetivo de elaborar y observar si el pensamiento psicoanalítico podría continuar su desarrollo fuera de la institucionalización.

Pensar en un espacio alternativo con dos líneas de referencia: 1) interrogarse sobre la organización y la burocracia, 2) sobre la difusión del psicoanálisis y las consecuencias sobre la formación.

¿Cómo y dónde? ¿De qué manera? Y, sobre todo, ¿con qué intenciones? ¿Y a quién serviría?

En los años 80, Armando Bauleo y Marta de Brasi llegan a Italia, en aquel periodo se vivían grandes escenarios en el contexto político-social. Un fuerte movimiento obrero, estudiantil y un movimiento feminista que luchaba por los derechos y la emancipación de la mujer. Una gran temporada de apertura y de institución de nuevas leyes a favor de los DDHH y civiles, como la Ley Basaglia sobre el cierre de los manicomios y la realización de los servicios territoriales de salud

mental; el cierre de las escuelas especiales y la inclusión de los niños discapacitados en las escuelas de todos; la institución de servicios psico-médico-sociales para la edad evolutiva, los consultorios familiares para la ayuda de la mujer, la pareja y la familia, y también los servicios para las personas con dependencias tóxicas.

En ese momento crucial de cambios históricos y sociales se requerían nuevos instrumentos para repensar la asistencia socio-sanitaria para hacer frente a la complejidad del campo de trabajo. En esa realidad conocí en Venecia, primero a Armando Bauleo y luego a Marta De Brasi, tenía el deseo de adquirir una nueva formación para dotar a los profesionales de instrumentos operativos sobre la salud mental y la salud comunitaria.

Actualmente, después de varias conversaciones con Marta, decidimos enfocar nuestra atención sobre el nudo del “análisis de la demanda”. La aplicación de los dispositivos grupales en los servicios públicos parte de este elemento, nos interesa la investigación, no solo por la posibilidad de sus aplicaciones, sino también por las dificultades y obstáculos que se encuentran.

Comenzamos así un camino sobre la aplicación de los dispositivos de grupo con la Concepción Operativa. Recordamos que la primera iniciativa fue una intervención institucional en la unidad socio sanitaria donde yo trabajaba en la Región del Veneto. Un análisis institucional realizado con la coordinación de Marta y también la de Armando, junto a un equipo durante dos años. Participaban los operadores, el personal administrativo, y los políticos que

dirigían la institución socio-sanitaria.

El dispositivo grupal constaba de una hora de información, luego una hora y media de grupo coordinado con la técnica operativa. Los núcleos conceptuales fundamentales fueron el trabajo sobre la idea de “grupo” y “tarea”. La tarea principal era trabajar sobre la oferta institucional de los servicios territoriales, rompiendo la lógica de la institucionalización y del instituido, para reflexionar sobre la ruptura del mecanismo de la oferta y demanda instituyente.

Un dispositivo que “interroga” la demanda de ayuda asistencial, terapéutica o educativa hace emerger los aspectos latentes o las cristalizaciones de los vínculos. No siempre aquello que los pacientes quieren o imaginan querer, es lo que necesitan para iniciar un proceso de cambio.

El enfoque de Marta y de Armando fue subrayar estos aspectos del análisis de la demanda en los servicios públicos, a través de los recorridos de formación en el plano clínico terapéutico y en la supervisión. En estas áreas, la formulación de la demanda incluye elementos que son considerados esenciales de la misma.

Recordamos a Basaglia, decía que la oferta institucional propuesta a la comunidad, al transcurrir un cierto tiempo, formaba parte del núcleo constitutivo de la demanda que la comunidad dirige a la institución. Depende del cómo analizar la demanda, con qué esquema de referencia se hace el análisis, y también de quién organiza la oferta y las diferentes estrategias de intervención.

Armando Bauleo articulará posteriormente el análisis de la demanda, subrayando cuan determinante será la organización institucional en la respuesta que determina, y dará forma a la demanda. Por lo tanto, la institución, en su forma de interacción con el usuario/grupos/comunidad, entrará constitutivamente en el proceso de génesis de la demanda.

Por otro lado, es preciso tener en cuenta que el abanico de posibilidades de ofertas de la institución pública depende de los recursos profesionales y territoriales. De aquí que sean ineludibles los vínculos demanda y oferta, y grupo-equipo-institución.

La aplicación del dispositivo grupal es el lugar intermediario donde se juega también la dialéctica entre utópico y posible, y el lugar donde se transita y se cruzan las estructuras mentales y las estructuras sociales, en un espacio y tiempo definidos. Creando así otro espacio, como dice Armando: los grupos emergen como un soporte natural del dispositivo intermedio entre la institución y la comunidad. Ofrecen la contención necesaria para el trabajo terapéutico, para la elaboración in situ de la conflictualidad del individuo. Es difícil imaginar un trabajo ambulatorio, hospitalario, o una visita a domicilio sin tener una idea de “grupo”.

Si tomamos la línea institucional, algunos comportamientos son producto de un sistema de organización institucional en la que estamos implicados, ya sea transferencialmente con el usuario-grupo-comunidad, o contratransferencialmente con la institución. La institución es externa y también interna

en nosotros, por lo cual, más allá de un análisis de la institución, es necesario también un análisis de la subjetividad. Nuestra subjetividad incluye dos niveles, el plano institucional que la organiza, y el plano del inconsciente.

Marta recuerda una anécdota a la que hacía referencia Armando, para hacer claro este concepto: “nosotros no tenemos conciencia de cuánto el imperialismo yankee está dentro de nuestro inconsciente; de cómo ha penetrado a través de la música, cine, literatura, etc.”.

Estas cuestiones son un núcleo central de referencia de la complejidad del trabajo que hemos desarrollado en la institución pública.

La aplicación de dispositivos grupales ha constituido un espacio grupal y psíquico, donde los pacientes y los terapeutas tejen una trama hecha de nuevos lazos. En éstos convergen códigos verbales y gestuales, miradas que relanzan los anhelos, deseos y sueños hasta aquel momento aprisionados, y sofocados en su sufrimiento.

Interrumpimos aquí nuestro escrito, dejamos para otro momento la noción de tarea, y la “captura y transmisión del latente”, cruzando estos conceptos con la transversalidad del emergente.

Referencias bibliográficas

1. Bauleo A, De Brasi M. Clínica Grupal y Clínica Institucional. Buenos Aires: Atuel; 1990.
2. Bauleo A. Notas de Psicología y Psiquiatría Social. Buenos Aires: Atuel; 1988.
3. Bauleo A. Psicoanálisis y grupalidad. Buenos Aires: Paidós; 1997.

Loredana Boscolo

Correspondencia: loredana.boscolo54@gmail.com

Los ritmos del presente en psicoanálisis de pareja y familia

The rhythms of the present in couple and family psychoanalysis

Rosa Jaitin

*Psicoanalista. Ex Presidenta de la Asociación de Psicoanálisis de pareja y familia.
Profesora de la Universidad de Lyon*

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

La temporalidad es un tema que ha atravesado la reflexión de mi trabajo clínico a lo largo de mi recorrido profesional. Precisamente he introducido la noción de proto-ritmo, como representación de las interfaces vinculares temporales entre los sujetos, que van dando forma a las modalidades relacionales de cada pareja, de cada familia y de cada cultura.

Los proto-ritmos de cada grupo familiar organizarían la envoltura rítmica genealógica y se inscriben como un audiograma vincular en la transmisión inter y transgeneracional primaria.

¿Cómo articular hoy la noción de proto-ritmo con la temporalidad del instante y de lo imprevisible?

¿Podemos hablar de un instante presente, relativo al pasado, en donde la memoria y los recuerdos emergen? ¿Podemos hablar de un presente relativo al presente en donde el aquí-ahora con el otro permite crear nuevos ritmos aleatorios e imprevisibles?

¿Podemos, aún más, hablar de un presente relativo al futuro, de una esperanza de que alguien nuevo emerja del caos? ¿Cómo es que esta problemática se presenta en el psicoanálisis de pareja y familia actual?

Palabras clave: *Proto-ritmos, presente relativos, al pasado, al presente, al futuro.*

ABSTRACT

Temporality is a subject that has crossed the reflection of my clinical work throughout my professional career. I have precisely introduced the notion of proto-rhythm, as a representation of the temporal linking interfaces between the subjects, which shape the relational modalities of each couple, each family and each culture. The proto-rhythms of each family group would organize the genealogical rhythmic envelope and are inscribed as a linking audiogram in the primary inter and transgenerational transmission. How to articulate the notion of proto-rhythm today with the temporality of the instant and the unpredictable? Can we speak of a present moment, relative to the past, where memory and memories emerge? Can we speak of a present relative to the present where the here-now with the other allows to create new random and unpredictable rhythms? Can we, even more, speak of a present relative to the future, of a hope that someone new will emerge from the chaos? How is this problem presented in the psychoanalysis of the couple and the current family?

Key words: *Proto-rhythms, present relative, to the past, to the present, to the future*

La temporalidad

La temporalidad es un tema que ha atravesado mi reflexión clínica a lo largo de mi recorrido profesional. Precisamente he introducido la noción de proto-ritmo, como *representación de las interfaces vinculares temporales entre los sujetos*, que van dando forma a las modalidades relacionales de cada pareja, familia, grupo y cultura. Tres tipos de clínica me permitieron continuar en Francia mis investigaciones sobre el proto-ritmo, que inicié en 1982 y continué en diferentes dispositivos vinculares (Jaitin, 1983, 1985, 1995a, 1995b, 1998, 2000, 2006, 2008, 2010a, 2010b).¹

Poco tiempo después de mi llegada a Francia, supervisé un equipo que había implementado un dispositivo multifamiliar con familias migrantes provenientes de África del norte, en un hospital de la región Rhône-Alpes. Las disritmias de las sesiones oscilaban entre dos polos, que implicaban tanto a las familias como a los terapeutas, de diferentes orígenes culturales. El tiempo del inicio de las sesiones se lentificaba y cada familia llegaba en un horario diferente, como si el ritmo de contacto con el espacio terapéutico, representante de la cultura de acogida, se lentificaba, en un difícil despe-

gue del país de origen. A este proceso inicial, se oponía otro proceso, marcado por una tentativa de aceleración, al final de las sesiones. El diálogo arrítmico, devenía caótico, entrecruzado y la partida de la sesión se efectuaba en una adhesión viscosa, que evidenciaba una separación difícil. Esta arritmia, entre la aceleración y el inmovilismo, producía un corte entre la representación objetiva y la representación subjetiva del tiempo (Jaitin, 1998).

En mi trabajo sobre el vínculo fraternal (Jaitin, 2000) señalé que la fratria regula sus relaciones por un ritmo masivo y paroxístico, en el que las pasiones están exaltadas como en los fenómenos de masas descritas por Freud; en los cuales la identificación primitiva reactiva angustias de desmembramiento, destrucción y devoración. Estos aspectos del proto-ritmo tienen como efecto la disociación del pensamiento y los actos (Jaitin, 2006, 2008).

El proceso terapéutico del psicoanálisis familiar me ha llevado a interrogarme sobre otra dimensión del ritmo en la constitución de la envoltura familiar. Propuse entonces, retomando la noción de proto-mental de Bion² (1963, 1965, 1977) la idea de un proto-ritmo, en tanto forma inicial de la representación del vínculo familiar.

1 En el año 1977, los sábados al mediodía, supervisaba con E. Pichon Rivière mis cursos y mi trabajo clínico con grupos de niños que presentaban problemas en los ritmos de aprendizaje. Fue entonces que descubrí su concepto de patoritmo en la epilepsia, lo que me abrió a esta línea de investigación (Pichon Rivière, 1944).

2 Bion (1963,1965) hace referencia a lo "protomental" en relación a su noción de "pre-concepción" y luego retoma este concepto en el último período de su obra, considerándolo como una especie de ombligo de la psique, que precede a la diferenciación de lo psíquico y lo somático; un estadio primario en el desarrollo del pensamiento (Bion, 1977).

Los proto-ritmos del vínculo familiar serían formas de figuración arcaicas, repetitivas, monótonas, que se escenifican en el encuadre de la Terapia Familiar Psicoanalítica. Estas formas son el resultado de los diferentes niveles vinculares (intra, inter y transubjetivos) de las familias. Estos proto-ritmos constituirían la interface de la envoltura familiar. Esta tendría el valor de un “audiograma», retomando el concepto de Susana Maiello (1998), de la escuela italiana. La autora sostiene que en la vida intrauterina habría una transformación de las impresiones auditivas (ritmo cardíaco, respiración de la madre), de los elementos betas específicamente auditivos, transformados por la madre en elementos alfa, que tienen el valor de un audiograma, que subyace previamente a los elementos alfas visuales. El audiograma tendría el valor de un significante formal rítmico en el proceso de transmisión. Sería una representación intermediaria entre las generaciones; un estado concreto entre la experiencia de transmisión somática y la figuración del tiempo.

Las maneras de sostener y contener los vínculos familiares configurarían una matriz rítmica de la envoltura familiar; un contenedor que modela y filtra los intercambios «líquidos», entre el exterior y el interior del grupo familiar en estado de indiferenciación. (Bauman, 2000).

Diferentes ritmos temporales se reactualizan en el campo del psicoanálisis de pareja y familia:

- El ritmo intrasubjetivo de la temporalidad del inconsciente: tiempo lineal, cronológico, regido por el ritmo de la pulsión, de las repeticiones y el “après-coup”.
- El ritmo del tiempo de intercambio de cada miembro de la familia en sus relaciones de filiación intergeneracional y transgeneracional y las filiaciones intrageneracionales (entre los hermanos y primos; o en un vínculo de pareja).
- El ritmo de las temporalidades propias de cada familia y de cada pareja en una búsqueda de una sincronía y asincronía posible, que los diferencia, de otras familias y de otras parejas en diferentes culturas. Es un tiempo conflictivo, donde se despliega un trabajo psíquico de negociación entre los propios ritmos y el ritmo de los otros. Esto surge en las relaciones de la familia y el grupo social e institucional.

Tres tipos de proto-ritmos

1. Los proto-ritmos primarios que organizarían la envoltura rítmica genealógica y que se inscriben como audiograma familiar en la transmisión primaria inter y transgeneracional. Estos audiogramas pueden ser sincrónicos, dis-sincrónicos o asincrónicos, modelando las relaciones intrafamiliares.

La regresión operante en los dispositivos psicoanalíticos de pareja y familia me ha permitido analizar la disincronía y asincronía de los proto-ritmos primarios en la clínica con las familias migrantes, las familias recompuestas y las familias adoptantes (Jaitin, 2000).

2. Por otro lado, los proto-ritmos secundarios, son los ritmos que sostienen la eficacia en una tarea explícita e implícita.

Cuando las condiciones sociales lo permiten, la familia contemporánea puede cumplir su misión de sostén material y educativo destinado a la perpetuación de la especie. Pero surge un obstáculo mayor, ligado al germen del narcisismo contemporáneo, que pone como meta el “éxito” en los estudios y en el trabajo. La clínica de la patología de aprendizaje permite comprender la herida narcisista de los padres frente a la dificultad escolar de los hijos. Esto es lo que Christopher Lasch (1979) anunciaba como el reemplazo del «hombre económico» por otro tipo de personalidad que llama el «hombre psicológico» producto de un individualismo a ultranza. Este hombre está dominado por la «angustia del éxito» y por lo inmediato. Su discurso es el ser un hombre «libre», sin ataduras que le impidan alcanzar el éxito de llegar a ser el primero, produciendo una desincronía o asincronía vincular.

En los momentos de sincronización, los proto-ritmos secundarios exigen la inmediatez, la experiencia del presente se halla idealizada, tendiendo a una denegación del pasado y presentando dificultades para pensarse en un proyecto.

3. Pasemos a otro nivel de análisis, el de los proto-ritmos terciarios, es decir, el tiempo de duración de los hechos.

Los ritmos terciarios contemporáneos se caracterizan por ser hetero-crónicos; es decir, no son constantes, sino variables e imprevisibles. La simultaneidad momentánea de los acontecimientos, la pérdida

de los ritmos de los acontecimientos sociales y la desaparición de secuencias cronológicas fijas y estables durante la vida, crean nuevas matrices disrítmicas o arrítmicas.

Hartmurt Rosa (2005), filósofo y sociólogo de la Escuela de Frankfurt, sostenía que la aceleración de los ritmos, es decir, la disminución de la duración de la estabilidad en los vínculos familiares y laborales, serían síntomas de la aceleración social. El presente se acorta y comprime el pasado. Se producen desincronizaciones entre las diferentes generaciones porque los cambios tienen un ritmo intrageneracional o infrageneracional.

En la modernidad actual, los ciclos familiares son infrageneracionales: en una misma generación se producen grandes cambios, como se evidencian en el porcentaje de divorcios y nuevas familias. El compañero de una parte de la vida reemplaza a la pareja para toda la vida; la pareja establece un contrato de duración determinada, de una monogamia en serie.

Pero hoy surge otra figura que es el instante en el encuentro de pareja, sin pasado ni futuro. La fractura generacional lleva a que los niños y jóvenes aprendan contenidos esenciales con sus pares; es decir, el eje filiativo y afiliativo del grupo de pares ocupa un lugar fundamental en el proceso de transmisión; tanto de los hijos a los padres y de los padres a los hijos y de los hermanos entre sí. En una sociedad en la que el pasado ha perdido su poder y en la que el futuro es impredecible, los modelos identitarios hacen referencia a un presente situacional

y contextual. Lo valorado no es la tradición, sino la flexibilidad y la adaptación al cambio.

¿Cómo es que este tiempo real, modificado por la aceleración social, es vivido por la temporalidad subjetiva e intersubjetiva? ¿Cómo estos ritmos terciarios influyen sobre los *ritmos secundarios*, es decir, en los ritmos que sostienen la eficacia en una tarea, provocando estados de agotamiento y de inmovilismo, consecuencia de experiencias de stress?

¿Cómo influye todo esto sobre los ritmos primarios, en los proto-ritmos vinculares, en las envolturas sonoras descritas por D. Anzieu (1987) y É. Lecourt (1987)? Las interritmicidades son necesarias para compartir placeres y displaceres con los otros, como atributo de capacidad humana para entrar en relación recíproca con los otros. Y esto seguiría vigente, más allá de la aceleración del tiempo. ¿Podemos seguir sosteniendo que el inconsciente es atemporal, que los ritmos secundarios y terciarios no intervienen en los ritmos primarios?

El lugar de los ritmos vinculares hoy

En la terapia psicoanalítica de pareja y familia, respecto al lugar que ocupan los ejes temporales, se complementan dos grandes escuelas pensamiento:

- Una posición que se apoya en el determinismo histórico que es redefinido hoy, por la dimensión del “avant-coup”, como transmisión que viene del pasado, pero

diferente de una relación entre víctimas y victimarios; se trataría de generaciones que transmiten los deseos y la esperanza de nuevos proyectos vitales para sus sucesores. El otro no es sólo el que nos precede, sino un sujeto diferente, capaz de sobrepasar las heridas de la historia social e individual. Asumir la propia filiación, que permite abrirse y afiliarse a otros grupos creando una plataforma de seguridad sobre la que se apoyarán las generaciones venideras.

- Otra posición complementaria (Berenstein, 2007, Puget, 2015) contrapone el peso dominante del encuentro y el efecto de presencia, en su relación con la temporalidad, dando prioridad a la inestabilidad de los procesos y a la discontinuidad en los contenidos de la transmisión, en su potencialidad y en su incertidumbre.

Janine Puget (2015) retoma la idea de la temporalidad del instante, del presente absoluto, del *Aiôn*, que abre a bifurcaciones infinitas e imprevisibles, así como el *Kairós* que corresponde a la decisión, al momento justo, siempre singular, y que se refiere a cada contexto de subjetivación.

¿Cómo es que esos vínculos primarios se organizaron durante la experiencia de confinamiento? ¿Cómo escuchar hoy el tema del proto-ritmo en el mundo contemporáneo del coronavirus? El confinamiento produjo un encierro, pero fue una liberación del tiempo cronometrado impuesto por el ritmo social. Este tiempo se caracterizó por la simultaneidad momentánea de los

acontecimientos; por la pérdida de los ritmos de los acontecimientos sociales y la desaparición de secuencias cronológicas fijas y estables. Por una superposición rítmica entre los ritmos de la vida cotidiana, el ritmo impuesto por el vínculo de trabajo y el ritmo social.

El “acordaje” total con los tiempos de los otros es parte de una ilusión vincular de percibir al otro como doble; pero también es el resultado de la forma de una puesta en sintonía de una multiplicidad de los tiempos intersubjetivos.

Referencias bibliográficas

- 1 Anzieu D, et all. Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod; 1987.
- 2 Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009.
- 3 Berenstein I. Del ser al hacer. Curso sobre vincularidad. Buenos Aires: Paidós; 2008.
- 4 Bion WR. Éléments de psychanalyse. Paris: PUF; 1979, p. 29.
- 5 Bion WR. Transformations. Passage de l'Apprentissage à la croissance. Paris: PUF; 1982, pp. 24,29,61.
- 6 Bion WR. Une mémoire du Futur, Tome II: Le passé au Présent. Lyon: Césure; 1977.
- 7 Jaitin R. Clínica Grupal de Niños. Buenos Aires: Trieb; 1983.
- 8 Jaitin R. Aprendizaje, juego y placer. Sobre el diagnóstico de los problemas de aprendizaje-Apprentissage, jeu et plaisir - Sur un diagnostic d'apprentissage. Buenos Aires: Búsqueda; 1985.
- 9 Jaitin R. La représentation du temps et de l'espace épistémique (chez les étudiants argentins et français), doctorat de troisième cycle en psychologie clinique, Institut de psychologie clinique et psychopathologie, université Lumière Lyon 2, sous la direction du professeur René Kaës; 1995a.
- 10 Jaitin R. Le dessin comme médiation groupale, Nouvelles voies et nouveaux objets de la psychothérapie de groupe. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe; 1995b, 29: 65- 95.
- 11 Jaitin R. L'étayage groupal dans la petite enfance. Les liens. Journal de la psychanalyse de l'enfant. 1998,23:179-195.
- 12 Jaitin R. Temps ou rythmes de filiation et d'affiliation dans les “nouvelles familles”. Le Divan familial. 2000;5:129-137.
- 13 Jaitin R. Clinique de l'inceste fraternel. Paris: Dunod; 2006.

- 14 Jaitin R. Clínica del incesto fraterno. Buenos Aires: Lugar; 2008.
- 15 Jaitin R. La transmission de la temporalité familiale. In: Vacheret C (sous la dir. de), Le groupe, l'affect et le temps Paris: L'Harmattan; 2010a. p. 143-168.
- 16 Jaitin R. Temporalités et filiations dans les groupes, Habilitation de recherche, Institut e Psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris Descartes; 2010b.
- 17 Lasch C. La cultura del narcisismo. Roma: Nero Pozza, I Colibri; 1979.
- 18 Lecourt É. L'enveloppe musicale. In: Anzieu R et coll. Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod; 1987, p. 199-216.
- 19 Maiello S. Trames sonores et rythmiques primordiales. Réminiscences auditives dans le travail psychanalytique. Bulletin de Gerpen. 1998;39:2-24.
- 20 Pichon Rivière E. Patogenia y dinamismos de la epilepsia. Revista de Psicoanálisis.1944;4:98-118.
- 21 Puget J. Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas. Buenos Aires: Lugar; 2015.
- 22 Rosa H. Accélération. Une critique sociale du temps. Paris: Editions La Découverte; 2010.

Rosa Jaitin
Correspondencia:
jaitin@icloud.com,
aipcf.aipf@gmail.com

La Escuela José Bleger de Rímini (Italia)¹

José Bleger School of Rímini (Italy)

Leonardo Montecchi

*Psiquiatra. Director de la Escuela José Bleger
Rímini (Italia)*

Recibido: 19/3/2022

Aceptado: 8/3/2023

RESUMEN

El artículo trata de la historia de la Escuela y del desarrollo de la Concepción Operativa de Grupo (COG) que se deriva de la elaboración de la clínica grupal, institucional y comunitaria y de las comparaciones teórico-prácticas con el Análisis institucional francés, la narrativa del Socioanálisis de grupo Sensibili alle foglie² la Semiótica peirceana elaborada por Massimo Bonfantini y las bases originales de Psiquiatría Democrática y la teoría y práctica basaglianas.

Palabras clave: *Concepción operativa de grupo, clínica grupal e institucional.*

ABSTRACT

The article deals with the history of the school and the development of the Group Operative Conception, derived from the elaboration of the group, institutional and community clinic and from the theoretical practical comparisons with the French institutional analysis, the narrative socio-analysis of the group Sensibili alle foglie, the Peircian semiotics elaborated by Massimo Bonfantini and the original basis of democratic psychiatry and Basaglian theory and practice.

Key words: *Operative Group Conception, institutional and clinical groups.*

Surgimos de una práctica que concierne a la intervención sobre las drogodependencias. El abordaje del tema a finales de los años 70 fue con un método derivado de las experiencias del movimiento. De hecho, se realizaron asambleas y luego se trabajó en grupo utilizando “el método de trabajo colectivo”. Armando Bauleo había intervenido en Bolonia a principios de los

años 70 cuando se fundó la especialidad de psiquiatría separada de la neurología. Bauleo había intervenido en la contestación a la Asociación Internacional de Psicoanálisis en la conferencia de Roma en 1969, fue llamado por Vittorio Melega y Alberto Merini, probablemente también involucrando a Pier Francesco Galli para realizar grupos de entrenamiento en la nueva clínica. Esos

¹ Artículo original en italiano. Traducido para Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria por Víctor Aparicio Basauri

² Nota del traductor: Sensibili alle foglie es un laboratorio de investigación social que publica libros, recopila y valoriza obras de arte y promueve exposiciones educativas.

grupos y esos métodos también se extendieron por todo el movimiento. En Rímini, en la primavera del 68, había surgido un fuerte movimiento y se realizaron diversos grupos de estudio durante las ocupaciones de marzo. ¿De dónde surgió ese método? Un importante psicosociólogo italiano que trabajó con Franco Fornari es Gino Pagliarani. Gino es originario de Rímini, en la década de 1960 había fundado un movimiento contra la bomba atómica, el movimiento se llamó la agencia anti-H. La sede de este movimiento en Rímini se convirtió en la sede del movimiento estudiantil de 1968. Creo que algunas ideas grupales surgieron de aquellas circunstancias. La práctica de asambleas y grupos, entendidos como comités de base o colectivos de trabajo, caracterizó los movimientos de la década del 70.

Con la técnica de la asamblea y de grupos, Sergio Semprini, Massimo Ferrari, Sandra Caroldi y yo, organizamos a partir de 1977 el nuevo servicio dedicado a las drogodependencias con un abordaje preventivo integral en la comunidad de Rímini. Esta intervención mediante asambleas de ciudadanos de barrio, en parroquias y en las secciones de los partidos pretendía destruir un estereotipo, a saber, que en Rímini no había heroinómanos porque la ciudad, gobernada desde el final de la guerra por una coalición de izquierdas, habría sido una “isla feliz” ajena al desempleo y a los fenómenos de ruptura de los lazos de solidaridad que estaban en la base de la difusión de la heroína. Por otro lado, afirmar que en Rímini, una ciudad que vivía del turismo, había drogadictos podría atemorizar a los turistas y por lo tanto ale-

jarlos, sin embargo, la movilización surtió efecto, la ciudad se percató de la existencia de un grave problema y de la necesidad de enfrentarlo. Se fundó la cooperativa Cento Fiori que va a gestionar una comunidad terapéutica, un centro de día y apartamentos de reinserción. La demostración había creado expectativas en relación al servicio, por eso nos solicitaron otras intervenciones en muchas partes del territorio de la provincia de Rímini.

En esa época estaba trabajando en la clínica psiquiátrica de Bolonia y en Rímini, continuaba con militancia política en el Partido Comunista Italiano (PCI). En 1975 había participado como miembro del colectivo médico en una conferencia organizada por el PCI que proponía la creación de Escuelas de medicina, presentada por Giovanni Berlinguer. En esa conferencia estuvieron todas las realidades que se dirigían a un cambio posible, también Giulio Maccaccaro que había contribuido a la arquitectura del nuevo Servicio Nacional de Salud. Como colectivo médico habíamos propuesto en nuestras asambleas las bases para un cambio en la enseñanza y en las formas de transmisión de la Medicina. Franco Basaglia propuso la creación de una Escuela de Psiquiatría experimental para formar psiquiatras de la “Psiquiatría sin asilos”. Yo había intervenido como portavoz del movimiento, estábamos a favor de un cambio total de la Universidad y de las Facultades de Medicina que nos parecían formar parte de una línea reformista que podía entorpecer el cambio total. Después de tantos años estoy convencido de que Basaglia tenía razón.

La postura del movimiento fue la apertura de la Universidad al territorio. Es por eso que pedí una primera intervención de supervisión de la situación que se estaba desarrollando en Rímimi al Instituto de Psiquiatría de Bolonia (Clínica Ottonello). Vinieron la Dra. Rutilia Collesi y el joven Domenico Berardi que ahora dirige la escuela de la especialidad. Asistí a la escuela de postgrado en cuyos seminarios se presentaba una visión del materialismo dialéctico y de la filosofía de la praxis; recuerdo una intervención en particular, sobre las masas y Elias Canetti. Maria Marzotto me propuso unirme a un grupo de formación sobre clínica, acepté con gusto y me encontré en un grupo operativo bajo su coordinación y con Pasquale Pismataro, que era un observador atento a los talentos emergentes. En un momento dado, María me abrió la posibilidad de participar en un grupo con Bauleo, acepté y empecé a participar en el Hotel Bologna de Mestre, y un día le propuse a Armando venir a supervisar el trabajo que estábamos realizando en la clínica. Incluimos en la supervisión las solicitudes de intervención que llegaban de los barrios, transformando las solicitudes en propuestas de formación de grupos de voluntarios; grupos que se formaron en la COG. Con esta apertura, nuestra capacidad de intervención multiplicó los proyectos que resultaron de la formación de los grupos de voluntarios.

En 1985 fui elegido concejal municipal de Rímimi por el PCI y organicé un congreso internacional titulado “Cambiar”. El congreso se realizó en 1988 y tuvo un éxito notable, los invitados fueron: Armando Bauleo, Gregorio Barembliitt, Ernesto

Venturini, Gianni De Plato, Franco Rotelli y Robert Castel, entre otros. El congreso fue organizado con grupos operativos, los días fueron importantes e intensos, y se sentaron las bases de la Escuela de prevención.

Poco después Sergio Semprini, Massimo Ferrari y yo fundamos la Asociación sin fines de lucro “José Bleger”; el nombre lo sugirió A. Bauleo en referencia a la prevención y a la dialéctica materialista. Presentamos la Escuela en un acto público al que asistió Manolo Calviño, director de la cátedra de Psicología de La Habana, iniciándose sus cursos bienales. Pocos años después, en 1992, contacté con Georges Lapassade, quien se convertiría en profesor de análisis institucional en la Escuela. Con él realizamos actividades de investigación en varios campos y fuimos invitados a ir a París para reunirnos con profesionales e institucionalistas, estos últimos estaban investigando en el campo institucional.

La entrada de Laura Buongiorno fue otro buen acontecimiento. Laura se había formado en el Instituto Internacional de Psicología Social Analítica (IIPSA), trabajaba en el campo de la prevención en la Escuela y se unió al equipo, convirtiéndose en la coordinadora de uno de los grupos. Con el tiempo, Semprini y Ferrari dejaron la Escuela para dedicarse más al Servicio de Drogodependencias (Sert). Desde el inicio ocupé la dirección de la Escuela y Laura Buongiorno la coordinación de enseñanza, contábamos también con la participación de Laura Grossi y Fabiola Gómez. En 2006 nosotros cuatro fundamos el Centro

de Estudios e Investigaciones José Bleger y posteriormente se incorporaron Gabriella Maggioli y Annalisa Valeri.

Marta de Brasi y Armando Bauleo estuvieron en mi casa en el invierno de 2007. Se reunieron con el grupo de socios de la Escuela José Bleger, y les comunicamos nuestro deseo de extender el programa de la Escuela. Queríamos ampliarlo, desde los dos años a los cuatro años, con el objetivo de obtener el reconocimiento como Escuela de Psicoterapia, pero queríamos que Marta y Armando estuvieran de acuerdo. Bauleo propuso formar el grupo de profesores en Florencia, en la primera reunión, enero de 2008, sugirió que propusiéramos a todos los estudiantes que hubieran completado los dos años, un tercer año para la supervisión de las investigaciones que estaban realizando con el esquema de referencia operativo. La segunda reunión fue en el hospital de Castelfranco Veneto, discutimos quién debería impartir las clases y cómo organizar el personal docente entre profesores internos y externos; Agnese Marchetti participó en esta reunión. Poco tiempo después, Armando Bauleo regresaría a Buenos Aires para morir en su ciudad natal.

Organizamos el tercer año de la formación, introducimos encuentros teóricos destinados a los conceptos básicos de la COG, y también un cuarto año en la idea de construir un laboratorio de investigación. Participamos en un seminario con Massimo Bonfantini sobre metodología de la investigación, y después se iniciaron los grupos con sus hipótesis de investigación, organizados por

áreas. Seguimos tratando diversos temas, entre ellos, la semiótica, el activismo mediático, realizando diversos encuentros y seminarios con Franco Bifo Berardi.

Se concibió el cuarto año como participación en los laboratorios de investigación, les dimos una dimensión internacional y se propuso un Encuentro con la Asociación de grupos Área 3 de Madrid. Desde entonces, se han tenido intercambios y encuentros periódicos entre las Asociaciones de Rímimi y Madrid. Esta experiencia del cuarto año nos hizo preguntarnos: ¿quién autoriza la coordinación de los grupos?, un problema clásico del psicoanálisis. Pensamos en un dispositivo experimental que formara investigadores y pusiera en juego los distintos roles; que fueran capaces de utilizar diferentes herramientas y, asimismo, de aplicarlas en su campo de investigación. Consideramos que cualquier intervención debía ser leída como una investigación para el desarrollo de nuestro ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo). De ese pensamiento abierto en forma de espiral que se caracteriza por intentar combinar la experiencia antiinstitucional italiana de Basaglia con nuestra experiencia en las drogodependencias, y con el psicoanálisis de grupo propuesto por Bauleo en su formación y supervisión.

En la Escuela hemos desarrollado el modelo pedagógico de la COG, manteniendo siempre una clara distinción entre quienes tienen la tarea de custodiar la información y quienes coordinan el grupo. La estructura de la información y del grupo permite el aprendizaje activo y la circulación de las

actividades clínicas que están realizando los estudiantes. Por eso la clínica es un pilar de la escuela, tenemos una comunidad terapéutica, un centro de día y apartamentos de reinserción junto con un consorcio de cooperativas, gestionado por la cooperativa Cento Fiori y también en otras ciudades, como, por ejemplo, Senigallia. El departamento de adicciones de esa ciudad está dirigido por Marella Tarini, formado en la Escuela y en el modelo de la COG. Asimismo, el Departamento de Salud Mental de Jesi, dirigido por Massimo Mari, y el de Mugello, por Massimo De Berardinis en la provincia de Florencia.

Los docentes de la Escuela han mantenido un perfil internacional gracias a la red del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal (CIR). También algunos de nosotros, como Armando Bauleo, Marta De Brasi, Elisabeth y Thomas Von Salis, Federico Suarez, Juan Carlos de Brasi, Osvaldo Saidon y Gregorio Barembliitt, hemos mantenido un vínculo con el Análisis institucional francés en particular con Georges Lapassade, y más tarde con Patrick Boumard y Remi Hess, con quienes colaboramos en varios proyectos de investigación. Nuestro proyecto es realizar el proceso para establecer una Escuela de Psicoterapia regulada por la Ley italiana.

Nos damos cuenta que para mantener una dinámica entre lo establecido y la fuerza que se crea, debemos colocar la investigación en el centro de la formación. De hecho, nuestro programa forma investigadores que luego se incorporan a los grupos de investigación

que integran el quehacer del “Centro de estudios e investigación José Bleger”. Los investigadores se reúnen mensualmente y junto a la Asociación Área 3 de Madrid han construido un espacio internacional de debate e investigación común. En los últimos años se han ampliado y han construido las Asambleas de Investigadores de la COG con una dimensión intercontinental.

La circulación de investigadores y el intercambio es la condición que permite mantener la dinámica interna entre clínica, docencia e investigación en y entre los Institutos. Pensamos que el Psicoanálisis no puede ser obligatorio, ya que uno comienza un análisis porque está enfermo y no porque quiera ser psicoanalista; de lo contrario, el deseo de ser psicoanalista se convertiría en un síntoma. Muchos de nuestros alumnos están en análisis, pero cada uno elige su propio analista y la forma de análisis: individual o grupal. Tuvimos muchas discusiones sobre quién autoriza a ser coordinador de grupo. La Escuela no está enfocada en la producción de roles profesionales, su objetivo es brindar herramientas para la investigación. No se trabaja para proporcionar personalidades falsas, como diría Sartre, uno no es coordinador ni psicoanalista; el ser está en otra parte, en una multiplicidad de estados de conciencia y en una capacidad de saber atravesarlos.

En otras palabras, la disociación instrumental se aprende en la escuela, como decía Bleger. Durante años hemos trabajado para aplicar la COG al Etnopsicoanálisis, hemos realizado reuniones y seminarios con Salvatore Inglese, Piero Coppo y el Centro Studi

Sagara. Nuestro trabajo se ha retroalimentado clínicamente con la construcción de un equipo multidisciplinario en la Azienda Sanitaria Locale (ASL) de Romagna, coordinado por Simona di Marco y en el continuo intercambio con las experiencias de la cooperativa Solco de Mantova. Asimismo, estamos desarrollando la aplicación de la COG a los

grupos multifamiliares con el trabajo de Loredana Boscolo, Laura Grossi, Fabiola Gomez, Massimo De Berardinis, Massimo Mari y el departamento de adicciones de Senigallia dirigido por Marella Tarini. Este departamento organizó un curso de dos años para la formación de coordinadores de grupos multifamiliares con la Escuela Bleger.

Referencias bibliográficas

- 1 De Brasi M, Montecchi L. L'orizzonte della prevenzione, tempo e spazio futuri. Bologna: Pitagora; 1999.
- 2 Buongiorno L. Psicoigene e Città. Bologna: Pitagora; 1997.
- 3 Ferrari M, Montecchi L, Semprini Cesari S. Rimini una città contro la droga. Rimini: Maggioli; 1984.
- 4 Ferrari M, Montecchi L, Semprini Cesari S. Cambiare: il modello operativo del Sert di Rimini. Bologna: Pitagora; 1994.
- 5 Grossi L, Montecchi L. Intermedia. Bologna: Pitagora; 1997.
- 6 Montecchi L. Varchi, gruppi operativi. Bologna: Pitagora; 2006.
- 7 Montecchi L. L'ombra dell'Angelo: teoria e pratica della concezione operativa di gruppo. Roma: Sensibili alle foglie; 2021.

Leonardo Montecchi
Correspondencia: lmontecc@me.com

Psicoterapia Grupal Operativa Psicoanalítica en una Unidad de Salud Mental. “Encuadre corredor terapéutico”

Operative Psychoanalytic Group Psychotherapy in a Mental Health Unit. Therapeutic corridor setting

Victoria de Felipe

Psicóloga clínica. Hospital Universitario de Guadalajara. Miembro de Área 3ª

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

El presente artículo evalúa la percepción de eficacia y satisfacción de los pacientes respecto a la psicoterapia grupal operativa psicoanalítica (encuadre corredor terapéutico) en una Unidad de Salud Mental. Se concluye que es efectiva.

Palabras clave: *psicoterapia grupal, grupo operativo, encuadre corredor terapéutico, unidad de Salud Mental.*

ABSTRACT

This paper evaluates the perception of efficacy and satisfaction of patients with respect to Operative Psychoanalytic Group Psychotherapy (therapeutic corridor setting) in a Mental Health Unit. It is concluded that it is effective.

Key words: *group psychotherapy, operational group, therapeutic corridor setting, mental health center.*

Las Unidades de Salud Mental (USM) son la puerta de entrada de los pacientes que presentan problemas de salud mental y el pilar fundamental de la atención ambulatoria. La demanda en estos dispositivos habitualmente excede la capacidad de atención psicoterapéutica en condiciones adecuadas por lo que es necesario adaptar los encuadres. En estas circunstancias, la psicoterapia grupal se revela como un tratamiento de elección.

Las características de los pacientes que acuden con diferentes motivaciones y

expectativas, así como la heterogeneidad en los diagnósticos y síntomas propician que la psicoterapia grupal operativa psicoanalítica se muestre como una excelente opción terapéutica. La teoría y técnica de grupo operativo sirve de guía en el abordaje de los grupos de psicoterapia, y la teoría y técnica psicoanalítica también es fundamental en la comprensión y abordaje de los aspectos más estructurales de cada sujeto.

Armando Bauleo diseña un encuadre que desarrolla en Madrid (1), lo denomina

“corredor terapéutico”. Es un espacio permanente de psicoterapia grupal, con períodos en los que se evalúa la permanencia o alta de los integrantes y la incorporación de otros nuevos. En la USM de Guadalajara realizamos psicoterapia grupal con este modelo y encuadre desde hace varios años, y siendo conscientes de la relevancia de la evaluación de las psicoterapias abrimos una línea de investigación sobre psicoterapia grupal que fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital.

La psicoterapia grupal que se ha evaluado se realiza en la USM y se dirige a pacientes no psicóticos, con sintomatología grave, años de evolución, y con frecuencia, rasgos disfuncionales de personalidad. Estos grupos son heterogéneos en cuanto al diagnóstico. Los resultados y reflexiones que se exponen a continuación son producto de diferentes trabajos de investigación presentados y publicados.

Los estudios de resultados se realizan (2,3) con metodología cuantitativa, se utiliza el cuestionario EFG-25 de Zukerfeld (4) que mide la percepción subjetiva de ayuda y eficacia grupal. En los encuadres breves de 12 sesiones, los datos muestran que alrededor del 80% de los pacientes perciben que la psicoterapia es eficaz. Este porcentaje se mantiene en las psicoterapias más prolongadas, de 24 y 36 sesiones. Los datos indican la pertinencia de incluir psicoterapias breves. Los pacientes más graves necesitarán y podrán realizar psicoterapias más largas, que además se perciben con resultados de mayor eficacia. Esta modalidad de “encua-

dre corredor terapéutico” facilita los tiempos necesarios y diversos para cada paciente.

En la actualidad, la investigación sobre psicoterapia ha desplazado el foco de atención del estudio de resultados al estudio de los procesos implicados en el cambio, en el intento de explicar las causas que han producido el cambio. Por ello, hemos investigado qué procesos han influido en la mejoría y en el cambio producido.

En psicoterapia grupal, en las investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico, una de las líneas de investigación se centra en los factores terapéuticos. En diferentes investigaciones (2,3) y utilizando el EFFG-25 (4) hemos observado que con “el encuadre corredor terapéutico” detectamos los factores terapéuticos que influyen en el proceso de cambio; todos ellos son valorados por los pacientes, ya sea que el encuadre sea breve o prolongado.

En psicoterapias más breves, el principio terapéutico más valorado es “la identificación” con un modelo que construyen entre ellos, en un entorno seguro. En el desarrollo de la psicoterapia es la “confrontación” o movilización emocional. La “recapitulación correctiva del grupo familiar primario” es lo más valorado.

Para evaluar la eficacia de la psicoterapia, en otro trabajo (5) se utilizó una metodología cualitativa de investigación, se relacionaron los vectores del cono invertido de Pichon-Rivière y los factores terapéuticos propuestos por Vinogradov y Yalom, Zukerfeld y

Alexander. Se tomó como instrumento de evaluación, una encuesta de satisfacción.

Las conclusiones de este trabajo permitieron constatar que “los vectores del cono invertido” de Pichon-Rivière eran un instrumento útil para evaluar la eficacia de una psicoterapia grupal. Constatamos tres condiciones para que la psicoterapia fuera eficaz: los vectores de pertenencia, cooperación y telé. Por otro lado, los vectores pertinencia, comunicación y aprendizaje eran índices de la eficacia de la psicoterapia.

Uno de los hallazgos ha sido la asociación entre los vectores pichonianos y los factores terapéuticos estudiados por otros autores. Este encuentro ofrece mayor consistencia a nuestro planteamiento: “los vectores del cono de Pichon son los factores terapéuticos en la psicoterapia grupal desde la Concepción Operativa”. Sabiendo que dichos vectores están en función de la realización de la tarea; y si es de psicoterapia estarán en íntima relación con los conceptos de salud, enfermedad y curación planteados por Pichón. Es decir, en relación con “la adaptación activa a la realidad”.

Por último, se ha investigado también la relación terapéutica en psicoterapia utilizando una metodología cualitativa, a través del análisis de una encuesta de satisfacción (6). En la misma se ha concluido que los factores incluidos en “la alianza terapéutica”, según el modelo de Johnson et. al. (7) en psicoterapia grupal, han sido evocados por casi todos los pacientes. Los resultados confirman la importancia de abordar en la psicoterapia tanto el trabajo sobre la tarea manifiesta como los aspectos emocionales que lo dificultan. Los pacientes evocan los factores de la relación terapéutica, pero respecto a la frecuencia, el estudio devela que no hay diferencias significativas con relación al número de sesiones realizadas.

Para concluir.

La psicoterapia grupal operativa psicoanalítica es efectiva en la atención a los pacientes que acuden a una Unidad de Salud Mental. El “encuadre corredor terapéutico” se ajusta a la demanda asistencial y permite adaptar las estrategias psicoterapéuticas a los tiempos y procesos de cada paciente.

Referencias bibliográficas

1. Duro JC, Ibáñez ML, López L, Vignale R. Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R, coordinadores. La Concepción de Grupo Operativo. Madrid: AEN; 1990. p 37-67.
2. de Felipe V, Vilchez F, Erdocia A, Vázquez E. Factores terapéuticos grupales en Psicoterapia Operativa Psicoanalítica. Teoría y práctica grupoanalítica. 2018;8(1):89-100.

3. Simón Martínez V, Erdocia Remacha A, Vílchez Trigueros F, Larrosa Chacón A, Trevijano Fragoso I, de Felipe García-Bardón V. ¿Influye la Psicopatología en la Percepción de los Factores Terapéuticos Grupales?. En XVII Jornadas de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) “La comorbilidad en la práctica clínica”, Málaga, 11-13 de mayo de 2017.
4. Zukerfeld R. Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiat.* 2001(12):211-220.
5. de Felipe García-Bardón V, Vílchez Trigueros F, Larrosa Chacón A. Análisis cualitativo sobre los vectores del cono invertido en psicoterapia grupal. *Area3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales.* 2018; Extra (3). www.area3.org.es
6. de Felipe V, Vázquez E, Vílchez F. Relación Terapéutica en Psicoterapia Grupal Operativa Psicoanalítica en una Unidad de Salud Mental. *Revista Clínica Contemporánea.* 2020,11(2):1-19.
7. Johnson, J, Burlingame G, Olsen J, Davies R, y Gleave R. Group Climate, Cohesión, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology.* 2005;52(3):310-321.

Victoria de Felipe

Correspondencia: victoriadefelipe@telefonica.net

La Clínica Grupal Operativa: la grupalidad, los factores terapéuticos grupales y el discurso grupal

The Operational Group Clinic: groupality, group therapeutic factors and group discourse

Rosa Gómez Esteban

Psiquiatra. Expresidenta Sección Psicoterapia de Grupo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Exsecretaria general de la AEN. Madrid.

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

La autora inicia su andadura profesional en una época de cambios socio - históricos y psiquiátricos significativos; en nuestro país, la muerte del dictador, y en la Psiquiatría, la relevancia de la Antipsiquiatría. Trabaja con pacientes y familias en los Centros de Salud Mental (CSM) de Parla y Alcorcón, en Madrid. En el CSM de Parla propone e implementa "la Clínica Grupal Operativa" como eje fundamental de los tratamientos. Durante largos años ha trabajado con grupos terapéuticos en las diversas psicopatologías, y en los últimos años, sobre todo, con patologías psicóticas, y trastornos de personalidad. En Atención Primaria trabajó con la Concepción Operativa con grupos de médicos, cuya tarea era la relación médico-paciente, para la prevención del Burnout.

La autora plantea si "la Clínica Grupal Operativa" (CGO) basada en la clínica de Pichon Rivière y Bauleo, puede ser un nuevo paradigma en Salud mental, para los campos de la prevención, tratamiento y rehabilitación. Trata de definir algunos conceptos centrales: el grupo terapéutico, la grupalidad, el discurso grupal, el emergente, la interpretación, y los factores terapéuticos grupales. Propone algunos nuevos términos en la clínica grupal: el "diálogo libre grupal", el "pensamiento convergente" (pensamiento en común que se organiza en los grupos terapéuticos). Y señala

ABSTRACT

The author begins her professional career in a time of changes, both historical and psychiatric. In our country, the death of the "local" dictator, and in Psychiatry, the relevance of Antipsychiatry. At the Mental Health Centers of Parla and Alcorcón, in Madrid, she works with patients and families and introduces the Group Clinic as a fundamental axis of treatment; above all, in psychotic pathologies, and personality disorders. In Primary Care, she also works in a group that Works around doctor-patient relationships.

The author proposes a new paradigm in mental health, based on the Pichon clinic, "the Operative Group Clinic". It tries to define the concept of groupality, the therapeutic group, and the rule of "free group dialogue". She calls "convergent thinking" the common thinking that is organized in therapeutic groups. It defines the group therapeutic factors, pointing out the 6 central ones. Among them, the most important, being the "group discourse", object of knowledge of the Operative Group Clinic, is organized by the association of the emergent/significant of the group that emerge throughout the therapeutic process.

seis factores terapéuticos grupales, el más significativo, “el discurso grupal”. Lo considera el objeto de conocimiento de la “Clínica Grupal Operativa”, que se organiza y produce en la sucesiva asociación de los emergentes/significantes del grupo que van emergiendo a lo largo del proceso terapéutico.

Palabras clave: *Clínica grupal operativa, diálogo libre grupal, pensamiento convergente, factores terapéuticos grupales, discurso grupal, emergente.*

Key words: *Operative group clinic, free group dialogue, convergent thinking, group therapeutic factors, group speech, emergent.*

Mi experiencia en clínica grupal se inicia desde la función de observación de grupos terapéuticos en las clínicas de Ibiza, en uno de los dos primeros hospitales de día de Madrid, en 1974, dirigido por González Duro. Poco después, organizo y coordino grupos terapéuticos y comunitarios en el hospital psiquiátrico de Arévalo, Ávila y, posteriormente, en un ambulatorio de la Seguridad Social en la zona sur de la Comunidad de Madrid. Era una época de gran cambio a nivel social en España, el final de la dictadura, con los inicios de los partidos políticos, de la democracia; momentos instituyentes. A nivel profesional, la emergencia de la “Antipsiquiatría” marcó mucho nuestro quehacer psiquiátrico, se daba la voz al “loco” y se cuestionaba el papel de la institución psiquiátrica. Conocimos en Madrid a Basaglia, uno de los principales representantes de la antipsiquiatría, en un encuentro propiciado por Armando Bauleo en 1978. Basaglia funda el movimiento de “Psiquiatría democrática”, y en 1978 es promotor de la Ley 180 en Italia, que

prohíbe el internamiento de los pacientes psiquiátricos en contra de su voluntad. La desinstitucionalización, la organización de una red de servicios para atender las problemáticas de los internados, y la humanización de los tratamientos son tres puntos centrales; será “el modelo” para muchos de los profesionales que trabajábamos en el campo de la Salud mental.

Las dificultades encontradas en la práctica terapéutica grupal e institucional me llevan en 1977 a iniciar la formación en teoría grupal operativa y psicoanalítica, de forma paralela, con Armando Bauleo, Marta de Brasi y Armando Ingala, que realizo durante varios años. La formación psicoanalítica continúa hasta la actualidad con docentes de la Escuela de Orientación Lacaniana de Madrid (Amanda Goya, Vilma Cocoz y Joaquín Caretti). El aprendizaje de la relevancia de la contratransferencia en la clínica, me anima a iniciar en aquellos años un análisis individual. En 1980, junto a Armando Bauleo y Susana Amilivia,

realizo grupos de formación, sobre teorías grupales y Concepción Operativa de Grupo (COG), tanto en lo público como en lo privado. Bauleo se había exiliado en España a mediados de los 70, después de fundar el “Grupo Plataforma Internacional” junto a Langer, Rodrigué, Pavlosky, Kesselman, y Caparrós, entre otros. Un grupo de profesionales que son muy críticos con la institución y se separan de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) en 1970/1. Tuve la suerte de conocer a estos psiquiatras por algunas actividades grupales que realizaban en Madrid.

En los 80, junto a Susana Amilivia, desarrollamos la COG organizando el primer Programa de Psicoprofilaxis del embarazo, parto, y maternidad en España. Un complejo trabajo que incluye los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y que se publica con el título “Mujer, deseo y embarazo”. Con la teoría grupal operativa también trabajo con médicos de Atención Primaria, con la tarea de analizar la relación médico-paciente. En estos grupos “la tarea” es fundante y organizador grupal, como señalara Pichon Rivière. Fruto de esta experiencia y de la tesis doctoral es el libro, “El médico como persona en la relación médico-paciente”, editado en 2002 en la Editorial Fundamentos.

Con los fundamentos del paradigma psicoanalítico, y el interés de la clínica y teoría de los grupos operativos de Pichon Rivière, y los desarrollos de la COG propuesta por Bauleo, voy constatando la relevancia de lo que desde hace unos años denomino “Clínica Grupal Operativa” (CGO). Desarrollo este modelo de clínica con los pacientes afec-

tados del Síndrome Tóxico, con los que realizaba grupos terapéuticos diarios, en la primera mitad de la década de los 80.

Posteriormente, trabajo como psiquiatra en los Centros de Salud Mental en Madrid, Getafe, Parla y Alcorcón, donde sigo desarrollando la COG con otros compañeros, centrando mi interés en implementar el modelo de la “Clínica Grupal Operativa”, en encuadres breves para la neurosis, y en encuadres más prolongados en las patologías psicóticas, combinándolo con grupos de padres o multifamiliares. Desarrollé este modelo con grupos terapéuticos en una amplia gama de psicopatologías: neurosis, trastornos de personalidad y psicosis (esquizofrénica y bipolar). Y en algunas etapas realicé estrategias terapéuticas combinadas, con grupos de padres, familias, y multifamiliares. Mi interés se centró en procurar una mejor asistencia psicoterapéutica, realizar un trabajo en equipo interdisciplinar, e implementar la clínica grupal operativa tanto en la asistencia como en la formación de los profesionales. Unas experiencias sobre CGO que he intentado transmitir y publicar en la Revista de la AEN y en la Revista de la Asociación de Área 3 (especializada en grupos).

En estos años me he planteado algunos interrogantes: ¿la “Clínica Grupal Operativa es un nuevo modelo para la clínica?, ¿es un nuevo paradigma biopsicosocial en el campo de la salud-enfermedad mental, para los campos terapéutico, la prevención y la rehabilitación?, ¿es un modelo de clínica grupal y de formación que posibilita una nueva clínica institucional con la organización

de un “equipo” como eje de la asistencia?, ¿la CGO es una metodología grupal de formación, didáctica, aprendizaje, basada en el “dispositivo grupal operativo” que posibilita articular la teoría, la práctica, y el pensamiento/afecto y acción?

La Clínica Grupal Operativa, como señalamos, es un desarrollo de la clínica que nace con Pichon Rivière, y se desarrolla con la COG de Bauleo. Es la expresión de un nuevo modelo/paradigma para la clínica, la asistencia, la formación, y la investigación. Cuatro elementos: “clínica, asistencia, formación e investigación” que en su interrelación recíproca forman una estructura enmarcada por otra variable, la institución sanitaria, a su vez, atravesada por lo social.

La CGO propone una teoría de la subjetividad, un sujeto dividido entre lo consciente y lo inconsciente, un sujeto alienado, y efecto de sus vínculos familiares, grupales, y de las relaciones sociales. Es una praxis que estudia al hombre y a la mujer en el ámbito de su vida cotidiana, y propone una teoría de la psicopatología, del síntoma y un diagnóstico situacional. Un modelo de clínica, atención, formación e investigación, que por su eficacia y eficiencia ha de ser relevante en los Servicios de Salud Mental. Este nuevo modelo precisa la formación y acreditación en psicoterapia de grupo de los profesionales y, por tanto, la transformación de los programas asistenciales y los de formación que actualmente proponen las Comisiones Nacionales de la Especialidad.

La tarea, que es fundante del grupo, en los grupos terapéuticos es “curarse junto a los

otros”. Nos hemos atrevido a arriesgar una posible definición: “el grupo terapéutico es un espacio de contención pulsional, transicional, transferencial y de simbolización. Un lugar de elaboración de los conflictos subjetivos que están presentes en todas las estructuras clínicas y síntomas psicopatológicos, desde las leves a las más graves”. Asimismo, en base a nuestras prácticas grupales terapéuticas y a una larga experiencia en la transmisión de nuestro ECRO (Esquema conceptual referencial operativo de Pichón Rivière), podemos afirmar que los procesos de formación en CGO además de ser de aprendizaje tienen efectos terapéuticos.

En estos años hemos repensado e investigado algunos conceptos de nuestra clínica grupal, entre otros: el concepto de encuadre, emergente, interpretación, las funciones del equipo terapéutico, y la contratransferencia del terapeuta grupal, entre otros. Y, asimismo, propuesto dos conceptos nuevos específicos para nuestra Clínica Grupal Operativa: el “discurso grupal” y los “factores terapéuticos grupales”, que son formaciones específicas grupales. Y sugerido otras como: “el pensamiento convergente grupal”, el pensamiento que se organiza entre todos que, a su vez, organiza el “diálogo libre grupal”; como preferimos denominar a la “asociación libre” en los grupos. La relevancia del pensamiento convergente grupal lo observamos en los siguientes emergentes: “el grupo es pensar entre todos”, “el grupo es pensar y pensarse en el grupo”, “el grupo es pensar en común junto a los otros”. En la Clínica Grupal Operativa, en

las interrelaciones de los discursos e interacciones se logra un pensamiento común, un pensamiento convergente logrado entre los integrantes y el equipo terapéutico, que tiene la función de “co-pensar” en el grupo.

Si arriesgamos una aproximación a una definición diríamos: “el pensamiento convergente grupal, efecto del interjuego asociativo de pensamientos, palabras y acciones, sería el co-pensamiento generado “entre” todos, el pensamiento entrelazado que se produce en los sucesivos diálogos “entre” todos los miembros del grupo, incluido el equipo terapéutico”. El equipo terapéutico se orientará por el pensamiento convergente y el diálogo grupal, señalando, puntuando, y asociando los emergentes/significantes grupales que permitirán organizar la construcción del “discurso grupal”, que será leído por el observador en la lectura de emergentes.

En el campo grupal otro concepto poco conocido es el de la “grupalidad”, fue estudiado por Bauleo y De Brasi, y es un concepto complejo al que también he tratado de aproximarme: “la grupalidad es el conjunto de afectos, pulsiones, modos de vinculación, discursos, procesos, fenómenos transferenciales, mecanismos defensivos, de identificación, y de factores terapéuticos grupales. Es un proceso en movimiento, efecto de la multiplicidad, complejidad e interdiscursividad del entramado vincular generado entre todos los sujetos del grupo”. La grupalidad se organizaría en la interacción, interrelación, e interdiscursividad de las necesidades, pasiones, deseos, fantasías, pensamientos, afectos y acciones de los sujetos que constituyen el grupo. La

“grupalidad” será matriz y efecto de la interrelación y reciprocidad de los discursos que se producen en los diferentes ámbitos que definiera Bleger: lo subjetivo, lo vincular, lo grupal y, a su vez, estos niveles atravesados por lo institucional, comunitario y social.

Otra temática del campo grupal que me ha interesado en los últimos 10 años ha sido los “factores terapéuticos grupales” (FTG) que se producen y generan la eficacia de la CGO. Hemos señalado que los FTG forman parte de la grupalidad, y también podríamos aventurar una definición: “los factores terapéuticos grupales se constituyen por aquellas variables, fenómenos, procesos, mecanismos e intervenciones que posibilitan, facilitan y potencian el cambio grupal y subjetivo dentro del proceso terapéutico grupal”. Los factores terapéuticos grupales son útiles herramientas producidas en el proceso terapéutico grupal, y son factores interdependientes, que se potencian entre sí, y generan procesos de cambio grupales y subjetivos. Hace unos años describí dos modalidades: los FTG generales y los FTG nucleares. Los FTG “generales” son comunes a todo tipo de grupos, entre ellos, se incluirían los factores del cono invertido de Pichon Rivière y los de Yalom. Y, respecto a los FTG “nucleares”, son los propiamente específicos de los grupos terapéuticos.

Dentro de los FTG nucleares, hace años significué dos: “el discurso grupal”, y “las transferencias grupales múltiples”. Y en el momento actual propondría 5 FTG:

- “El deseo común de saber” construido entre todos los miembros durante el pro-

ceso grupal; una red deseante construida entre el deseo del analista/terapeuta grupal y los deseos de cambio subjetivo de cada participante.

- El pensamiento convergente grupal.
- Las intervenciones e interpretaciones del psicoterapeuta grupal (la lectura del “discurso grupal” del observador, y la elaboración de las transferencias grupales por el equipo terapéutico).
- Las “evaluaciones grupales” realizadas entre terapeutas y participantes al finalizar el proceso grupal.

Afirmamos que el FTG principal es “el discurso grupal”, cuya construcción depende de la capacidad del equipo terapéutico de detectar los principales emergentes grupales y asociarlos en diferentes cadenas de significación y elaboración. Continuando con el intento de este texto de aproximarnos a algunos conceptos del campo grupal, definiremos el “discurso grupal” del siguiente modo: “el discurso grupal es el discurso del grupo, organizado por el equipo terapéutico en base a la asociación de los emergentes/significantes grupales fundamentales que emergen a través del pensamiento convergente y del diálogo libre grupal. Un discurso construido en las sucesivas lecturas de emergentes, en las intervenciones e interpretaciones del equipo terapéutico, y en las elaboraciones pre y postgrupales a lo largo de todo el proceso”.

“El discurso grupal” se propone como un nuevo concepto central en la COG, y como factor terapéutico grupal central en la Clínica Grupal Operativa. Un discurso, producto del “deseo común de saber” de los participantes, y del ECRO común que se va generando a lo largo del proceso grupal. Y que, a su vez, se propone como el nuevo objeto de conocimiento de la Clínica Grupal Operativa.

Dentro de nuestra concepción teórica, en los grupos de formación que realizamos en esta clínica grupal, y en los que utilizamos “el dispositivo grupal operativo de Pichon Rivière”, constatamos que “la interrogación como método” es un gran instrumento. En los grupos de formación, la interrogación como método facilita y logra las sucesivas articulaciones entre “teoría y práctica”, entre “pensamiento/afecto/acción”, y entre “subjetividad, vincularidad y grupalidad”. La interrogación como método es central en el proceso grupal, es una serie de preguntas y respuestas que se van construyendo y emergiendo a lo largo del proceso. Por su gran interés, lo proponemos como método de investigación para la formación y la clínica. Y en este punto, nos preguntamos: ¿este método interrogativo en los grupos terapéuticos sería también un FTG nuclear, específico de este tipo de grupos?

Otro tema central de investigación para mí, en estos últimos años, ha sido la “contratransferencia” del terapeuta en nuestra clínica grupal. Es un concepto fundamental a investigar porque puede ser motor y obstáculo en el tratamiento grupal. En un

reciente trabajo, diferencié la contratransferencia grupal en dos: contratransferencia “recíproca” y “subjetiva”. Considero que la contratransferencia es motor del tratamiento, si es recíproca, al responder a la transferencia del paciente. Y, sin embargo, será obstáculo, si es subjetiva, es decir, si es efecto de la subjetividad y de la historia profesional del terapeuta. Es preciso tener en cuenta que la transferencia subjetiva formará parte de las contratransferencias en los vínculos intersubjetivos, grupales e institucionales, por lo que ha de ser analizada. Es decir, para que no funcione como un obstáculo, ha de ser observada, analizada, y elaborada ya sea en los espacios grupales clínicos, en los de supervisión o en los de análisis.

Estos cuatro conceptos que he investigado me parecen absolutamente centrales en la CGO: el discurso grupal, el emergente grupal, la interpretación grupal, y la contratransferencia del terapeuta grupal. Mi interés es seguir profundizando en el futuro en estas cuatro líneas de investigación, al ser nucleares y específicos de la Clínica Grupal Operativa. El discurso grupal es construido por el equipo terapéutico en función de las palabras y acciones de los sujetos, y en base a la observación, detección y lectura de los significantes/emergentes del grupo. Por tanto, el discurso grupal requiere poner en primer plano el concepto de “emergente”, un emergente/significante siempre en relación a otro emergente/significante, que era la mínima unidad de análisis para Pichon Rivière (Existente-Interpretación-Nuevo Emergente).

Es a través de estas unidades de relación de emergentes/ significantes en cadena como se construye el discurso grupal, que es la producción más propia y singular del grupo. El emergente, aunque en ocasiones pueda ser por sí mismo un signo, un acontecimiento que marque el texto grupal, siempre ha de estar articulado en una cadena de significación. El discurso grupal, en las sucesivas cadenas y “lecturas de emergentes”, mostrará al grupo como “sujeto colectivo”.

Es preciso subrayar que, en la detección de emergentes y en la construcción del discurso grupal son muy relevantes la interpretación y la contratransferencia del terapeuta. De ahí que estos cuatro conceptos se propongan como líneas de investigación prioritarias para dar cuenta de los procesos estructurales y dinámicos de la Clínica Grupal Operativa. Es una clínica de gran potencia terapéutica porque es capaz de generar múltiples procesos de significación y subjetivación, y lograr procesos de transformación grupal y cambios subjetivos. Finalizo proponiendo a esta clínica grupal como modelo e instrumento de gran relevancia para la atención de los usuarios de los SSM. Además de ser un gran modelo, es también una estrategia muy eficaz para abordar el colapso actual debido a la alta demanda de consultantes, y a los escasos recursos de profesionales y formación.

Referencias bibliográficas

- 1 Gómez Esteban R. La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica. Rev. AEN. 2017; 37(132):379-398.
- 2 Gómez Esteban R. Clínica grupal psicoanalítica/operativa y “emergente”. Rev. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2014;18.
- 3 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, editoras. La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental. Madrid: AEN; 2018.
- 4 Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid: Fundamentos; 2022.
- 5 Gómez Esteban R. Factores terapéuticos en la psicoterapia de grupo. En: Ceverino A. Salud mental y terapia grupal. Madrid: Grupo 5; 2014.
- 6 Gómez Esteban R. La “contratransferencia” del psicoterapeuta grupal: implicación y subjetividad en las escenas grupales difíciles y temidas. En: Castro Oller M, Gómez Esteban R, De la Hoz Martínez A, editoras. Lo grupal en tiempos de pandemia (en prensa). Madrid: AEN; 2023.
- 7 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, editoras. La Clínica Grupal en los Servicios de Salud Mental. Madrid: AEN; 2021.p. 35-72.

Rosa Gómez Esteban

Correspondencia: rosagomezesteban@gmail.com

Aquellos maravillosos años

Those wonderful years

Emilio Irazábal

Psicólogo social y psicoterapeuta grupal.

Recibido: 19/2/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

El autor quiere resaltar la figura de la psiquiatra Rosa Gomez Esteban como una de las pioneras de la psicoterapia de grupo en España. Posteriormente, comenta una experiencia de trabajo comunitario, así como un Estudio sobre los equipos de trabajo, considerando ambas cuestiones como una aportación personal al desarrollo de los grupos operativos en España.

Palabras clave: *Equipo, experiencia comunitaria, encuadre.*

ABSTRACT

The author wants to highlight the figure of the psychiatrist Rosa Gomez Esteban like one of the pioneers of the group psychotherapy in Spain. Subsequently, he comments an experience of community work, as well as studio about the work teams, considering both issues as a personal contribution to the development of the operating groups in Spain.

Key words: *Team, community experience, setting.*

Rosa Gómez Esteban me pide que comente alguna aportación que yo sienta que haya podido hacer al desarrollo de la Concepción Operativa de Grupo, o al desarrollo del Grupo Operativo, sobre todo en España. Es una oportunidad para mirar atrás, acariciar un poco la nostalgia y calibrar lo que queda por venir. Pero antes de ir a ello, me gustaría expresar mi reconocimiento hacia ella por su presencia activa en dos momentos importantes para mí, casi iniciáticos diría, en esto de los grupos.

El primero se remonta a finales de 1979 en que, Armando Bauleo, con el apoyo muy importante de Rosa, pudo organizar una “Reunión Intensiva sobre Grupo Operativo” (en palabras de él) (1), reunión precursora de lo que luego sería el CIR (Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal). Esta reunión se realizó en el conocido, por progresista y avanzado, colegio Siglo XXI de Madrid a mediados del mes de octubre de ese año. Pudimos conocer a muchos compañeros uruguayos, además de

a Alejandro Scherzer, a quien ya habíamos conocido de algún viaje anterior. En esas Jornadas me estrené como observador de uno de los grupos operativos que se realizaron. Acompañé a Consuelo Escudero, que ejerció la coordinación. Toda la logística del Encuentro corrió a cargo de Rosa. Gracias.

El segundo momento, poco tiempo después, se refiere a mi iniciación como observador o cocoordinador de grupo de terapia. Rosa, junto con su amiga y compañera, la brava y vital Susana Amilivia (2), coordinaban uno de los poquísimos grupos de terapia privada que se realizaban en Madrid. Susana decide volver a su país tan querido, Uruguay, y Rosa me invita a ocupar el lugar de Susana. Tanto ese lugar como la situación del grupo era bastante difícil para todos, terapeutas y pacientes. Situación difícil que poco a poco la fuimos pensando como una crisis del grupo de terapia. Esta situación difícil fue uno los materiales que dio lugar a un trabajo de reflexión y elaboración en nuestro grupo de investigación de aquel entonces (3). Con esta experiencia, muy pronto aprendí que el trabajo grupal podía llegar a ser un juego muy serio. Gracias también por eso, Rosa.

Y ya centrándome en la petición, pienso que mis aportaciones pueden que hayan sido (y continúen siéndolo) de dos tipos: conceptualización y elaboración de experiencias grupales concretas, por un lado, y creación y desarrollo de proyectos grupales (grupos de trabajo), por otro. Entre las primeras, resalto dos: una experiencia realizada en una comunidad de vecinos de Getafe (pueblo de

los alrededores de Madrid) en los primeros meses de 1981. La llevamos a cabo el equipo del Centro Municipal de Salud. Cuatro años después, Juan Carlos Duro y yo realizamos la elaboración teórica de esa experiencia, obteniendo una buena acogida en el amplio ámbito profesional de la salud mental, además de recibir el premio de investigación de la Revista Clínica y Análisis Grupal (4). También tuvo buena resonancia entre los colegas de la COG hasta el punto de que los compañeros suizos decidieron publicarla en alemán (5).

Fue una experiencia comunitaria donde pudimos trabajar con todos los vecinos y vecinas los miedos ante la locura y así conseguir frenar la radical segregación de uno de los vecinos que se estaba empezando a gestar. Resultó muy agradable y reconfortante, descubrir que por esa misma época, compañeros de Barcelona, en el barrio del Bon Pastor, habían realizado una experiencia muy similar (6).

La segunda aportación tiene que ver con el tema del trabajo en equipo. En 1990 publiqué un artículo sobre esta cuestión que, aún hoy, se sigue utilizando como texto de referencia en cursos de formación sobre el tema (7). Quizás lo que despierte más interés de ese artículo sea la idea de la existencia de dos encuadres en el trabajo en equipo, un encuadre más institucional y otro más grupal. Otros colegas (de la Concepción Operativa de Grupo) también han señalado, con otros términos, la existencia de dos niveles en el trabajo de equipo.

Me parecía, y me sigue pareciendo, que era una idea que acogía un proyecto de cambio al interior de una institución. Que era una idea más para los componentes de un equipo que para los coordinadores de estos. La sorpresa fue cuando, impartiendo una clase ante el equipo de un Centro de Salud que se estaba creando, una de las jefas de esa área sanitaria se acercó después a felicitarme por lo útil que había sido la clase 'para ella'. Resultaba que esas reflexiones también servían para algunos jefes o jefas.

Siempre he pensado que la base de las reflexiones de ese artículo estaba en los grupos de formación y en las supervisiones que ya llevaba un tiempo realizando en el Sistema Nacional de Salud. Pero, ahora, frente al ordenador y presto a cumplir con la petición de Rosa, me aparece una especie de insight que me lleva a pensar que esta idea de los dos encuadres surge por una necesidad concreta y urgente del dispositivo asistencial en el que yo estaba trabajando en esa época.

El dispositivo era de Orientación Familiar, nombre ya de por sí ambiguo y que permitía distintas direcciones posibles. El equipo era pequeño: ginecólogo, enfermera, trabajadora social, administrativa y psicólogo. La dirección la ostentaba el ginecólogo y su orientación era demasiado médica: el ginecólogo, su tarea, era el centro en torno al cual íbamos apareciendo los demás profesionales (primer encuadre). Una vez constatado que la trabajadora social, María, también, al igual que yo, tenía otras ideas sobre el enfoque de la

tarea, propuse, y logré, una reorganización del equipo: se creaban dos miniequipos o subáreas: la médico sanitaria y la psicosocial (segundo encuadre). Esto permitió un camino nuevo y creativo que, durante casi 20 años, aportó apoyos y experiencias novedosas en el sector de la atención primaria en salud en la Comunidad de Madrid, tanto en el COF como Unidad de Apoyo, como en los distintos Centros de Salud del área sanitaria nº 4 de Madrid (8).

Respecto al otro tipo de aportación, la creación de proyectos grupales, son varios los espacios de trabajo que he participado en su fundación y desarrollo. Hacer un simple listado de ellos, desmerecería su valor. Comentar los más importantes rebasaría el margen de lo pedido. Ya habrá ocasión de hablar sobre ellos. Lo considero mi principal aportación a la COG, aunque no se traduzca en una creatividad conceptual y escrita. Pero creo que estos proyectos y estos grupos de trabajo han ayudado a muchas y muchos profesionales a disminuir los miedos básicos frente al trabajo grupal.

Obviamente resalto la creación de Area3, una Asociación de Psicología Social y Grupal que desarrolla distintas líneas de investigación y abarca un abanico de ámbitos de trabajo y estudio desde los más clínicos hasta los caracterizados como emergentes sociales. Área 3 es uno de los principales referentes en España sobre los grupos operativos.

Referencias bibliográficas

1. Bauleo A, compilador. Grupo Operativo y Psicología Social. Uruguay: Imago; 1980.
2. www.area3.org.es (en “Novedades”, hay una semblanza y “carta de despedida” de Rosa a Susana, días después del fallecimiento de esta).
3. “Crisis y setting grupal”. Departamento de Clínica Grupal de España (CIR). En Jornadas La Praxis Grupal. Madrid, 1986. Publicado en las Actas de esas Jornadas (web area3, “Hemeroteca”).
4. Irazábal E, Duro JC. El loco de la comunidad. Una intervención grupal en salud mental comunitaria. Rev. Clínica y Análisis Grupal. 1986; 41 y 42.
5. Duro JC, Irazábal E. Ein spinner im haus. Zürich. Journal 13, Psychoanalytisches Seminar. November, 1985.
6. Mora E et al. El señor José o el caso del hombre de la pala. En: Mora E et al. Salud, poder y locura. Una aproximación teórico-práctica de asistencia en Salud Mental a través de una experiencia de barrio. Madrid: Fundamentos; 1982. p. 178-203.
7. Irazábal E. Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental). En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R, coordinadores. La Concepción Operativa de Grupo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1990. p.191-202.
8. Irazábal E. Lo psicosocial: un referente necesario en atención primaria. Rev. SemFYC. 1997;1(5):41-44.

Emilio Irazábal

Correspondencia: emirazabal@gmail.com

La clínica Grupal. La organización de dispositivos grupales en salud mental

The group clinic. The organization of group psychotherapeutic devices in mental health

Lola Lorenzo López

Psicóloga clínica. Grupalista. Docente y supervisora Asociación de Psicoterapia Operativa de Grupo (APOP). Sevilla

Felipe Vallejo

Psicólogo clínico. Grupalista. Docente y supervisor Asociación de Psicoterapia Operativa de Grupo (APOP). Sevilla

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Estas reflexiones contienen un acercamiento a la dialéctica entre investigación e intervención como fuente de conocimiento acerca del objeto de estudio de la grupalidad y de la clínica grupal, desde la perspectiva de la Concepción Operativa de Grupo. Es una mirada hacia la organización de dispositivos grupales en los Servicios de salud mental. Mirada que incluye a los profesionales que se hacen cargo del desarrollo y cuidado de esos espacios grupales. La creación y mantenimiento de dispositivos psicoterapéuticos grupales es una modalidad central en la Clínica Grupal Operativa.

Palabras clave: *Dialéctica, dispositivos grupales, praxis grupal, concepción operativa de grupo.*

ABSTRACT

These reflections contain an approach to the dialectic between research and intervention as a source of knowledge about the object of study, groupness and group clinic, from the perspective of the Group Operative Conception. It is a look towards the organization of group devices in mental health services. A look that includes the professionals who are in charge of the development and care of these group spaces. The creation and maintenance of group psychotherapeutic devices is a central modality in the Operative Group Clinic.

Key words: *Dialectics, group devices, group praxis, group operational concept.*

La propuesta que nos hace la coordinadora de este número de la revista dedicada a la Clínica Grupal Operativa es muy sugerente. Nos ha convocado a personas de diferentes países y escuelas que tenemos como origen común, la Psicología Social de Pichon Rivièrè y la Concepción Operativa de grupo,

que desarrolla Armando Bauleo, uno de sus discípulos. Rosa Gómez Esteban ha realizado un intenso trabajo en los últimos años acerca de la Clínica Grupal Operativa para desarrollar y concretar este campo específico dentro de la Concepción Operativa de grupo (1-3).

En estas breves páginas escribimos algunas notas de lo que ha significado para nosotros, el trabajo en los Servicios de Salud Mental de Andalucía durante más de 30 años en la concreción del modelo de la Concepción Operativa de grupo. En la oferta terapéutica, como modalidad central, hemos desarrollado dispositivos psicoterapéuticos grupales. Hemos incluido las reflexiones e interrogantes que fueron surgiendo en nuestra tarea formativa y de supervisión con profesionales de salud mental. Ambas actividades, clínicas y docentes, han estado siempre presentes en nuestro recorrido profesional.

Sabemos que la clínica, más allá de las cuestiones teóricas, emerge como un campo de observación e investigación. Victoria de Felipe (4) plantea, retomando las palabras de Fabris (5), que las interrogaciones para investigar surgen de la vida social, de “las situaciones problemáticas”. Pensamos que es desde la perspectiva de la clínica grupal, donde mejor podemos dar cuenta de “estas problemáticas” y es en la psicoterapia de grupo operativa donde cobrarán sentido.

Aprendimos junto Bauleo y Marta de Brasi (6) que la clínica grupal e institucional era y es un campo de problemáticas y posibilidades. Y que a través de la mirada hacia una clínica ampliada y contextualizada, los dispositivos psicoterapéuticos grupales son realmente espacios instituyentes facilitadores de los cambios. Pero también aprendimos que no hay un pensamiento acerca de la clínica que no integre los ámbitos de Bleger (7), que no incluya las relaciones entre institución y equipo, equipo y usuarios, usuarios y familia, equipo y organización

institucional. De estas interrelaciones tenemos que tratar de dar cuenta en cada uno de nuestros trabajos. Pensamos que es posible, o al menos más facilitador, desde la psicoterapia de grupo operativo, incluida en la clínica grupal.

Así, lo que hoy podemos saber, conocer, hipotetizar e interrogarnos acerca de la clínica grupal, es una convergencia entre formación, aprendizaje, enseñanza, práctica clínica y grupos de referencia. Las instituciones en las que hemos ido trabajando son fuente de investigación, así como las instituciones que fuimos creando con la finalidad de la transmisión e investigación de la COG.

Bauleo nos enseñó que tanto nuestro trabajo clínico como el desarrollo de una teoría no podían quedar encerrados en verdades y en conceptualizaciones vueltas sobre sí mismas. Y asimismo que, un cuerpo nocional tendrá que poder ser cuestionado, interrogado, y dejarse penetrar por la investigación, por la intervención, y por el contexto social e histórico en el que se desarrolla en cada momento. El conocimiento y el marco teórico del que partimos como terapeutas y profesionales tendrá que confrontarse de forma dialéctica con la práctica, y en la interrelación de ambos se irá produciendo el conocimiento, el saber acerca del objeto de investigación e indagación. Un saber inacabado, nos decía Pichon Rivière. Proceso difícil de sostener, sabemos de las inquietudes y ansiedades presentes, sobre todo, cuando comenzamos a trabajar en la clínica. El encuentro con el otro, la relación vincular en sí misma produce efectos y transformaciones que inquietan (8). La implicación en

el campo del trabajo terapéutico moviliza al investigador-terapeuta en tanto pone de manifiesto su propio mundo interno.

Hemos constatado a través de nuestra experiencia y trabajo que, instaurar un modelo de clínica grupal operativa en las instituciones de salud mental abre la posibilidad de producir un movimiento entre lo instituido y lo instituyente. Genera una fisura, como plantea Foladori (9), a través de la cual poder construir alternativas terapéuticas. La psicoterapia de grupo operativo posibilita a las personas en su “rol de pacientes” tener un lugar, un tiempo para la recuperación de su subjetividad y conocer las condiciones sociales, y por tanto psíquicas, que han producido y producen su sufrimiento, el malestar y la marginación. En especial, nos referimos al ámbito de trabajo psicoterapéutico grupal que hemos organizado en los Servicios de salud mental para personas con un alto sufrimiento psicosocial, los “mal llamados trastornos mentales graves”.

En los espacios psicoterapéuticos grupales, la psicosis deja de ser una noción abstracta que se concretiza y singulariza en un sujeto cuya conducta, cuyo modo de estar en la vida cotidiana, se ha quebrado en un momento de su proceso vital. Esas situaciones problemáticas que emergen en el grupo adquieren de esta manera una complejidad y amplitud que nos acerca más a la realidad en la que se produjo este “enfermar”, este proceso de crisis psicótica. Es importante que tengamos en cuenta que los profesionales trabajamos desde esquemas de referencia, teorías y técnicas que van decidiendo no solo nuestra visión y marco conceptual desde donde

analizamos e investigamos los problemas de salud mental, sino también cómo se concretizan en propuestas y respuestas terapéuticas.

Bauleo (6) decía que le preguntáramos a un servicio, un equipo de salud mental, como organizan la demanda y las necesidades de los usuarios; de esta forma, tendríamos a modo de emergente, el modelo teórico y la ideología con la que trabajan. Con la Clínica Grupal, Clínica institucional, nos introducimos en la complejidad del campo asistencial. Deja de ser solo un acto clínico para pasar a un ámbito más amplio que incluye la organización de los servicios, la prevención, la psicoterapia, el trabajo en equipo, la participación en la organización y en los programas del Servicio, el modelo acerca de la salud y la enfermedad, así como la consideración de las sobredeterminaciones sociales, políticas e ideológicas que atraviesan transversalmente a la práctica asistencial y a los profesionales.

Es importante pensar que todos estos aspectos están presentes en el campo de trabajo, de investigación e intervención. Esta clínica nos confronta con la praxis, implica modificación del campo y también que la teoría y la técnica van a estar en constante diálogo con la intervención. Y es desde ahí desde donde se va a producir el conocimiento, ya no como una abstracción o generalidad, sino que se singulariza y concreta. Es lo que Pichon Rivière llama la Espiral Dialéctica, que implica un ir y venir de la teoría a la práctica; y como ésta, en tanto praxis modifica los conocimientos y, por tanto, la subjetividad del terapeuta y del paciente.

Los grupos psicoterapéuticos operativos que fuimos instalando en distintos dispositivos de salud mental no eran solo un espacio para los pacientes, era y es también un lugar para los profesionales y para el cambio en la cultura asistencial de los servicios. Es decir, estos dispositivos grupales son verdaderos momentos instituyentes que se confrontan con lo instituido, con un modelo tradicional y un modo más estereotipado de entender el sufrimiento. La tarea es devolverles el lugar de ciudadanos, es decir, salir de la alineación que “la enfermedad”, como emergente del contexto familiar y social, les ha dado (10).

Hemos constatado que cuanto más “graves” están las personas, más usan el espacio grupal como un lugar de afecto, encuentro y discriminación. La “salud” también tiene que ver con la posibilidad de crear algo nuevo, crear el grupo a través de la tarea, experimentar sus capacidades a través de la resolución de conflictos y, de ese modo, rescatar las realidades saludables. Pichon Rivière apuntó que nuestro papel como terapeutas era poner las condiciones para que los pacientes pudieran usarlas y transformarlas en posibilidades para el cambio.

Pero también, como nos sugería Bauleo, si en la propia institución no se crean las condiciones para sostener, contener una tarea que haga suya la norma de la institución, los profesionales se ven abocados a hacer de su deseo, de su cuerpo y de su encuadre interno, los proveedores de espacios terapéuticos para los pacientes y serán ambos, pacientes y terapeutas, los que sostengan una manera de ver y entender la Salud Mental, confrontados con lo más instituido de la institución. Esto por momentos se puede hacer, se hace, pero no sin un coste para los profesionales.

Cuando hablamos de clínica grupal nos referimos también a la organización de espacios grupales del propio equipo, así como de los grupos de referencia. Estos espacios grupales son imprescindibles para el sostenimiento de una clínica en la que la subjetividad y la grupalidad sean objeto de conocimiento e intervención. Ya no sabemos pensar en la psicosis sin nuestro grupo interno plagado de diálogos, obstáculos, sufrimiento y creatividad. Ya no es posible otra clínica, otra mirada. No hay una realidad subjetiva que no sea producida por esta realidad vincular, por la grupalidad.

Referencias bibliográficas

1. Gómez Esteban R. Algunos conceptos de la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan, para la comprensión de la subjetividad y grupalidad en la Clínica Grupal Operativa. *Rev Área 3*. 2021;25.
2. Gómez Esteban R. La clínica Grupal, la clínica de los grupos terapéuticos. *Revista Área 3*. 2018;22.
3. Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. *Rev. AEN*. 2019;39 (136):121-146.
4. De Felipe García V, Bardón V. Investigación en psicoterapia grupal Operativa Psicoanalítica. *Rev. Área 3*. 2021;25.

5. Fabris F. El proceso de investigación y los componentes básicos del diseño. Notas para la clase dada el 1º de julio de 2014 en la Primera Escuela Privada de Pichon Rivière; 2014.
6. De Brasi M, Bauleo A. Clínica grupal, clínica institucional. Buenos Aires: Ed. Atuel; 1994.
7. Vallejo V. Teoría de los ámbitos. Revista Huellas. 2013;3.
8. Pichon Rivière E. Teoría del Vínculo. Nueva Visión: Paidós; 1979.
9. Foladori H. Intervención Institucional. Hacia una clínica institucional. Buenos Aires: Edit. Aris; 2008.
10. Lorenzo L. La Psicoterapia de grupo y la Psicosis. En: de Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A, editoras. La Psicoterapia de grupo en los servicios de Salud mental. Madrid: AEN; 2018. p.33-42.

Lola Lorenzo López

Correspondencia: lorenlola53@gmail.com

Tiempo de malestares familiares en la Clínica Grupal Operativa

Time of discomfort of family members in the Operative Group Clinic

Alicia Monserrat

Terapeuta familiar. Miembro fundador de la Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica. Asociación Psicoanalítica de Madrid (Asociación Internacional de Psicoanálisis, IPA)

Recibido: 19/3/2022

Aceptado: 8/3/2023

*Espera lo mejor y prepárate para lo peor.
Fernando Pessoa (1942)*

RESUMEN

Las reflexiones, desde la Concepción Operativa, dan cuenta de los procesos que afectan en las situaciones clínicas familiares, y que se inscriben como huella de un período de tiempo, inacabado, antes y aún, marcado por la situación traumática que nos ha generado la pandemia. Esa disponibilidad de la mirada-escucha clínica grupal familiar Operativa para alojar lo inesperado, se pone a prueba, respaldada por la decisión del terapeuta familiar, que supone una forma de co-pensar, ya que instituye al sujeto grupal

Palabras clave: *Sufrimiento mental y grupalidad familiar operativa, realidad psíquica inconsciente y estructura grupal, contextos sociales, precariedad, incertidumbre-pandemia.*

ABSTRACT

The reflections give account of the processes that affect in the family clinical situations from the Operative Conception, and that are inscribed as a trace of a period of time, unfinished, before and still, marked by the traumatic situation that the pandemic has generated us. This availability of the Operative group-family clinical gaze-listening to accommodate the unexpected is put to the test. It is supported by the family therapist's decision, which supposes a form of co-thinking, since it institutes the group subject

Key words: *Mental suffering and operative family groupality, unconscious psychic reality and group structure, social contexts, precariousness, uncertainty-pandemic.*

Introducción

Estas reflexiones dan cuenta de procesos que afectan y se inscriben como huella de un período de tiempo, inacabado, antes y aún, marcado por la situación traumática que nos ha generado la pandemia.

Sin dejar de anudar lo aprendido de las exhaustivas experiencias y con herramientas conceptuales del ECRO pichoniano que posibilitan despertar del aletargamiento en el que podríamos estar sumidos por la impotencia ante la COVID-19.

En la escucha como terapeutas familiares en la Concepción Operativa de Grupos se ha tratado de sumarnos activamente a la realidad, y a las posibilidades de comprometerse con el mundo, como una forma de evitar el conformismo y las adaptaciones forzadas al padecimiento humano.

Clínica Grupal Familiar sin certezas

Ponemos el foco en el complejo campo de las ideas acerca de la complejidad en los sufrimientos que surgen con los saberes intradisciplinarios y transdisciplinarios. Nos referimos a la necesidad de descentrar al individuo. De sujeto a sujeto, decía Pichon Rivière, y el sujeto incluye lo singular, lo grupal familiar, lo institucional comunitario y lo global. En estas dimensiones de la subjetividad se recogen y reconocen las posibilidades políticas contenidas en el relieve sinuoso y controvertido de los nuevos planos de la existencia atravesados por la incertidumbre.

Lo social se impone en estos ámbitos de sufrimientos, también en las instituciones familiares y en todas aquellas que se ocupan de la salud mental. Así emergen y se van organizando fenómenos simbólico-imaginarios en los cuales todos participamos. En estas idas y vueltas se producen cambios, se asumen y se asignan roles, afloran ansiedades y sobre todo aparecen fantasías. A través de ellas se enriquece o se obstaculiza el proceso de constitución de subjetividades y multiplicidad.

Perspectivas de intervención y abordajes clínicos

Es relevante la cuestión que concierne a la creación de un vínculo de trabajo, de cómo construirlo, analizando las condiciones de seguridad para contener las angustias masivas que produce el contexto actual, y aplicando las técnicas de las que disponemos desde los primeros tiempos de este proceso terapéutico. Partiendo de una invitación inicial, propuesta por el clínico, se comienza a crear una herramienta abierta a lo que siga acaeciendo, a lo incierto y por venir.

Esa disponibilidad de la mirada-escucha clínica grupal familiar para alojar lo inesperado se pone a prueba, respaldada por su decisión de no esperar nada, y que supone una forma de co-pensar. Se instituye el sujeto grupal que alojará otras posibilidades por ahora desconocidas. La incorporación pasiva no nos permite metabolizar estos acontecimientos. Se reconoce la diferencia de lo virtual y lo presencial, se intenta de-construir y construir, hacer el duelo por lo perdido y al mismo tiempo emerger de este caos; tendrán que defenderse en presencia.

Enlaces reflexivos

El dispositivo clínico grupal familiar altera los saberes previos y verdades emocionales, desculpabiliza o deconstruye certezas, imponiendo una situación en la que puede producirse un sentido de significación no solo resistido, sino también novedoso. Se intenta de este modo hacer visible y enun-

ciar una determinación psíquica compleja, abierta al acontecimiento, que debiera ser respetada y alojada con sinceridad, flexibilidad, sensibilidad y sostenida con firmeza, para dar cabida a la incertidumbre de la vida en general y de los proyectos.

Un aspecto importante de la propuesta de la Clínica Grupal Operativa es su dimensión crítica, que se dirige tanto a un sujeto instalado en la continuidad de la razón (roles

instituidos, roles parentales y de filiación), como también a la sociedad y a la cultura, por lo que incita a la subversión (instituyente, las nuevas parentalidades o funciones parentales), ante la incertidumbre inherente del padecimiento de la subjetividad social.

El objetivo es que el sujeto grupal-familiar-social instituido devenga en ser deseante-pensante-responsable, transformador, en suma, seres no robóticos, estereotipados.

Referencias bibliográficas

- 1 Bauleo A. Psicoanálisis y grupalidad. Clínica de los nuevos objetos. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- 2 Benedetti M. En: Vivir adrede. Madrid: Alfaguara; 2007.
- 3 Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas. T. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu; 1978.
- 4 Pichon Riviére E. Teoría del Vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.
- 5 Pontalis J. Al margen de las noches. Buenos Aires: Paidós; 2007.
- 6 Puget J. Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbres y certezas. Buenos Aires: Lugar; 2015.

Alicia Monserrat.

Correspondencia: amonserrat@cop.es

La concepción grupal de Nicolás Caparrós

The group conception of Nicolás Caparrós

Isabel Sanfeliu

Doctora en Psicología. Psicoanalista. Miembro del Comité Científico Internacional de la Revue psychanalytique de groupe. Madrid

Recibido: 23/8/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Uno de los planteamientos básicos de Caparrós es que el grupo es la estructura que propicia la humanización. En su Modelo Analítico Vincular considerará al grupo como una «estructura de estructuras», partiendo de que estructura implica relación entre las partes que la integran. Desde el comienzo de la elaboración de este modelo son centrales conceptos como emergente, tarea terapéutica, niveles de integración y vínculo. Su conocida frase: “si el individuo enferma en el grupo, procede que sane en él”, ha sido citada en diversos artículos.

Palabras clave: Crisis de la familia, tarea terapéutica, modelo analítico vincular.

En «La concepción grupal de Nicolás Caparrós» (1) evoqué cómo este autor, como parte del movimiento antipsiquiátrico de la época, devuelve al loco su categoría de sujeto en un contexto familiar y social determinado. Su conocida frase: *si el individuo enferma en el grupo, procede que sane en él*, ha sido citada en diversos artículos. En su larga trayectoria, tras su etapa en el *Arbours Crisis Center* de Londres, se traslada en los años 60 a Argentina donde contacta con Bauleo y Kesselman, colaboradores de Pichon Rivière. El trabajo con

ABSTRACT

One of his fundamental theses is that the group is the structure that fosters humanization. In his “Analytical Bond Model” he will consider the group as a structure of structures, knowing that it implies a relationship between the parts that constitute it. From the beginning of its elaboration, some concepts are central in his model: the emergent, the therapeutic task, the integration levels and the bind. His well-known phrase: “if the individual falls ill in the group, it is appropriate that he heals in it”, has been cited in various articles.

Key words: Family crisis, therapeutic task, analytical bond model.

los grupos operativos a los que pronto se integra, genera un efecto significativo en su recorrido. Otro hito: en el Congreso de 1969 participará en la fundación del “Movimiento Plataforma Internacional” como respuesta a la Internacional del Psicoanálisis, junto a Bauleo, Kesselman, Langer, Pavlosky, Rodríguez y Rothschild, entre otros.

En la España franquista, a pesar de la dificultad para realizar grupos (terapéuticos, institucionales o de formación), Nicolás logra introducir este encuadre en el Hospital

de Leganés (Madrid). En el libro *Crisis de la familia: revolución del vivir* (1973) ya señalaba cómo las relaciones de dependencia y dominio gestadas en la infancia son el germen de las futuras relaciones entre el hombre y la mujer. En 1974 funda Quipú, grupo que dirige hasta su escisión en 1988 y en el que el encuadre grupal es eje de referencia para la formación y práctica clínica. En el camino no dejan de brotar iniciativas como la revista *Clínica y análisis grupal*, la unidad de psicóticos de Hermsilla (Madrid) o *La Sociedad Española para el desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis* (SEGPA),—con J. Campos de primer presidente—. Tras esta etapa, funda *Imago, clínica psicoanalítica* donde, con más sosiego, continuará surtiendo de respuestas a sus propios interrogantes hasta el final de sus días.

Una de sus contribuciones a la teoría grupal es la noción de “tarea terapéutica”. En 1978, crea este término al considerar que la tarea terapéutica, auténtico líder del grupo, surge como emergente del proceso grupal, es construida en él, y no puede ser reducida a procesos terapéuticos individuales. El grupo creó al hombre, es la estructura dinámica, cambiante, impredecible y en permanente proceso de desarrollo que propicia la humanización.

En su texto, *El grupo como organización, estructura y proceso*, adopta referencias de la Teoría general de los sistemas. La noción de “sistema abierto” le permite diversas reflexiones y define el grupo humano como una totalidad integrada por elementos que traban entre sí relaciones no lineales, son auténticas redes que la separan del entorno,

que confieren estabilidad y generan comunicación. Ésta, a su vez, define y mantiene el grupo.

Si el modelo operativo de Pichon Rivière brindó una base a su pensamiento, con el tiempo irá matizando diferencias y aportando conceptos. En 1992 escribe *Psicopatología analítico vincular* (2,3). La teoría de los *núcleos básicos de la personalidad* fundada en el análisis de las relaciones objetales, sirve de punto de partida para analizar los vínculos. En esta obra describe la posición aglutinada y la posición confusa intercalada entre la esquizoparanoide y la depresiva. Los emergentes delimitan situaciones esquizoides, confusionales o depresivas, y suponen avances, estancamientos o retrocesos en la tarea terapéutica grupal.

Vínculo, emergente y niveles de integración son los instrumentos que estructuran la base del «Modelo analítico vincular». El vínculo es una estructura dinámica, compleja, que establece la totalidad de la persona y que incluye el sujeto, el objeto, la interacción y los procesos de comunicación y aprendizaje que configuran un proceso en espiral dialéctica. A su través se aborda la relación entre la estructura social y la configuración del mundo interno del sujeto. Dirá también que “somos lo que el vínculo hace de nosotros” Afirmará que “centrar el análisis en el vínculo permite la lectura del ahora, del antes y de las fantasías del después”. Desde la psicología vincular se privilegian los aspectos relacionales sobre los contenidos. El grupo interno articula el Sí mismo con el Otro-otros internalizados.

El pensamiento estructuralista cobra especial relieve en su segunda tesis doctoral: a partir de la correspondencia de Freud propone un modelo integrador de la metapsicología freudiana. Me permito incorporarlo a este recorrido por «sus grupos» en la medida que implica la integración de las teorías sectoriales del psicoanálisis, dando cuenta de su nivel de complejidad, de sus contradicciones reales y aparentes.

El hecho de que los niveles de integración biológico, psíquico y social actúen en constante interacción es un planteamiento que culmina en su *Viaje a la complejidad* (4). El grupo humano incluye diversos sistemas biológicos comprendidos a su vez en un sistema social; es una estructura y ésta se modifica ante todo por los imperativos que dictan las relaciones no lineales de los elementos que las integran en un momento dado.

Referencias bibliográficas

1. Revista Teoría y Práctica Grupoanalítica. En www.imagoclinica.com
2. Caparrós N. Psicopatología Analítico Vincular. Tomo I. Madrid: Quipú; 1992.
3. Caparrós N. Psicopatología Analítico Vincular. Tomo II. Madrid: Quipú; 1992.
4. Caparrós N. Cruz Roche R, editores. Viaje a la complejidad, 4 vols. Madrid: Biblioteca Nueva.

Isabel Sanfeliu

Correspondencia: isanfeliu@me.com

Una nueva vida en común para seguir siendo

A new life together to remain

Federico Suárez

Psicólogo Social

Miembro del Equipo Directivo, Revista Área 3. Madrid

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Se plantea una reflexión sobre el desarrollo, y su evolución posible, del modelo de Viviendas de Mayores, que tiene una presencia considerable en algunas zonas de nuestro país. Se plantean las características grupales de este modelo de convivencia, por oposición al modelo de institución residencial.

Palabras clave: *Institución, mayores, asamblea.*

ABSTRACT

A reflection on the development, and its possible evolution, of the Elderly Housing model, which has a considerable presence in some areas of our country. The group characteristics of this model of coexistence, as opposed to the residential institution model, are discussed.

Key words: *Institution, elderly, assembly.*

Comencé mi vida profesional trabajando en el campo de la vejez. Lo hice en distinto tipo de dispositivos socio-asistenciales, como Residencias y Centros de día, y también, fuera del ámbito institucional, en la planificación y organización de servicios y programas comunitarios dirigidos a los mayores. Posteriormente, y durante bastantes años he trabajado como psicólogo en otros campos –servicios sociales comunitarios, atención a familias–. Y aunque podría decir que profesionalmente nunca he estado lejos

del trabajo con la vejez, ahora, de nuevo –vueltas que da la vida– vuelvo a implicarme en este campo para pensar el mejor desarrollo posible de un modelo de convivencia para personas mayores llamado Viviendas de Mayores (VVMM). Este modelo tiene una importante presencia particularmente en la Comunidad de Castilla-La Mancha.

Una VVMM la constituye un grupo de personas mayores que tienen en común la necesidad de recibir ciertas prestaciones

o servicios, y que se juntan para lograr el objetivo de satisfacer esas necesidades a fin de poder mantener su vida cotidiana dentro del ámbito comunitario en la que la venían desarrollando. Además de las prestaciones materiales necesarias a las situaciones de dependencia producidas por la aparición de ciertos niveles de deterioro físico y/o psíquico, las VVMM como recurso asistencial comunitario ofrecen también la posibilidad a las personas mayores de seguir siendo alguien reconocido por sus convecinos, permitiendo que no se produzca una ruptura brusca con la vida cotidiana cuando ciertas dificultades surgen en su normal desarrollo.

Una “nueva vida en común, para seguir siendo”. El empeño en que la nueva vida en común no implique la pérdida del protagonismo de la propia vida, ni una cierta capacidad de control del medio de todas las personas convivientes, está en el núcleo originario de este recurso de las VVMM. Una nueva vida en común, con personas que pueden ser conocidas, del barrio o del pueblo en el mejor de los casos, pero con los que nunca se ha convivido. Cuando un nuevo usuario entra en una VVMM pasa a formar parte de un grupo, para él un nuevo grupo: el que configura el colectivo de usuarios que integran la vivienda.

Sabemos que es un proceso, y que la mayor dificultad para integrarse al nuevo grupo requiere salir de otro grupo previo: aquél del que se procede. Ahora la vida cotidiana se va a desenvolver junto a otros. Unos “otros” a los que, de modo más o menos consciente, pero comprensible en términos psicológicos, se les va a “exigir” –o de los

que se va a esperar– similar comportamiento a los del otro grupo del que se proviene... porque es el conocido, porque si las cosas se dan de este modo “yo ya sé cómo tengo que comportarme”. Es la manera de enfrentar, inicialmente, lo desconocido de esta nueva situación en la que me encuentro.

Esta situación nueva va a exigir un aprendizaje, es decir, el reconocimiento de que para mí es desconocida, por ello debo aprender a relacionarme con estas personas con las que no he convivido. Decimos aprendizaje, y no “adaptación”, que suena a algo pasivo, a tener que doblegarse ante la imposición de un “otro” cuyas normas no puedo modificar (esto es lo que sucede cuando se ingresa en una institución, en un Centro Residencial). En todo caso, podríamos concordar en la idea de “adaptación activa”, si con ello apuntamos al proceso –dialéctico entonces– por el cual yo voy aceptando cosas del otro, de los otros; al tiempo que ese otro, esos otros, van aceptando cosas de mí, es decir, en una adaptación mutua.

Aunque el modelo de relación que “empuja” para imponerse en las relaciones entre los integrantes del nuevo grupo de convivientes en la VM es el familiar –por ser el conocido–, lo que realmente surja de este encuentro de personas que no son familia será lo que ellos sean capaces de construir; un tipo de convivencia generada en común que será, en todo caso, algo nuevo para todos. Uno de los primeros prejuicios a combatir para que esta construcción colectiva de un modelo de convivencia sea posible, es precisamente pensar que “tenemos que ser como una familia...”. Que no se organice como una familia al uso,

no quiere decir que no sea posible compartir una vida en común, porque la familia no es el único modelo posible para una vida normal y satisfactoria. Este es el prejuicio a deshacer, tanto en la “cabeza” de los usuarios de este recurso, como en la mente de quienes trabajamos con los Mayores. De este modo, ofreceremos la posibilidad de que algo nuevo, y tal vez bueno, pueda surgir de los vínculos entre personas que no son una familia.

Entonces, si no hablamos de un grupo sometido a una disciplina que le viene impuesta (grupo objeto), sino de un grupo que debe crear su propia vida (grupo sujeto), una primera cuestión a plantearse es que este nuevo espacio grupal deberá garantizar que la participación de sus miembros sirva para mantener la capacidad de decisión, y la posibilidad de gestión de la voluntad sobre las cosas que a cada uno le atañen.

La asamblea de convivientes sería un espacio que permitiría esta presencia activa, esta participación en las decisiones que a cada uno le atañen. Ahí se resuelve cómo gestionar y organizar la vida cotidiana: qué se come, cuando se come..., cómo se puede organizar todo para que la nueva vida

cotidiana que se va a compartir se ajuste del mejor modo posible a los deseos de cada cual. Es un espacio donde estos deseos se expresan y se gestionan (se negocian).

Es importante pensar en la tarea que reúne a los integrantes de este dispositivo grupal que es la asamblea. Si pensamos que le compete la reflexión y toma consecuente de decisiones sobre todos los aspectos que integran la vida cotidiana de los convivientes, no podemos considerar solamente los aspectos “materiales”, organizativos de esa cotidianidad, sino también otras cuestiones que la misma trae consigo: el conflicto. Entonces, estas asambleas han de ser el espacio para aprender a gestionar los conflictos; éstos son inherentes a los procesos de logro de objetivos, y su resolución colectiva fortalecerá la cohesión del grupo.

Cuando pensamos cómo realizar y en qué consiste el apoyo técnico que se quiere brindar a las VVMM, desde las administraciones públicas, nos planteamos que su objetivo fundamental debería ser: cuidar esos espacios colectivos. De esta manera, se preserva la participación de los Mayores en la vida social, y se respeta su libertad y derecho a decidir qué quieren hacer con sus vidas.

Referencias bibliográficas

- 1 Bauleo A. Efectos de la institucionalización en el individuo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 1992;27(1):49-51.
- 2 Bauleo A. Las redes de micro solidaridad. *Revista Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*. Hemeroteca.

- 3 Cifuentes R, Suárez F. Abordaje grupal de la patología cardiaca crónica en el anciano institucionalizado. Revista Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 1994; 1. <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-1-cardiacos-RCifuentesyFSuarez.pdf>
<http://www.area3.org.es/Uploads/a3-3-cuidadovejez-FSu%C3%A1rez.pdf>
http://www.area3.org.es/uploads/Las_redes_de_microsolidaridad.ABauleo_1.pdf
- 4 Merchán Maroto E. Asociación Cicerón. Torrijos. Co-housing y dependencia. Aprender de otras buenas prácticas. Unidades de convivencia. Revista Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2017; 21 <http://www.area3.org.es/uploads/a3-21-cohousing-EMerchan.pdf>
- 5 Merchán Maroto E. Las viviendas comunitarias en el mundo rural ¿Cómo evitar traslados a Residencias? Revista Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018;22 <http://www.area3.org.es/uploads/a3-22-ViviendasComunitarias-EMerchan.pdf>
- 6 Suárez F. Consideraciones sobre el cuidado del profesional en el trabajo con vejez. Revista Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 1995;3.

Federico Suárez

Correspondencia: suarezgayo@gmail.com

Concepción Operativa de Grupo y recuperación

Cooperative conception of group and recovery

Antonio Tarí

Psiquiatra. Ex presidente de la Asociación Autonómica de Aragón de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

En el presente trabajo se presentan las aportaciones realizadas en la atención grupal a los pacientes graves y su contribución a la comprensión de la complejidad de los procesos de recuperación. Se describen resumidamente las tareas-guía del proceso de recuperación, subrayando su carácter relacional o vincular y cómo los enfoques terapéuticos grupales, y no sólo psicoterapéuticos pueden potenciar dicho proceso. Finalmente se destaca la importancia del reconocimiento del duelo por la enfermedad mental en el proceso de recuperación.

Palabras clave: *Clínica de la intimidad, duelo por la enfermedad mental, grupos de actividad, recuperación, proceso de rehabilitación.*

Es difícil resumir en pocas líneas una experiencia de años tratando de articular una teoría, la Concepción Operativa de Grupo (COG) y una práctica, como fue el navegar armados de una concepción en ese mar proceloso de la asistencia sanitaria pública, con su organización y rituales instituidos.

ABSTRACT

The aim of the present article is to discuss contributions made by group therapy for severely ill patients and its usefulness for understanding the complexity of recovery processes. We summarize the tasks that guide the recovery process, the importance of recognizing grief from mental illness in the recovery process, emphasizing their binding or relational character and the fact that group therapeutic approaches, and not only psychotherapeutic ones, can enhance this process. Finally, the importance of the recognition of grief due to mental illness in the recovery process is highlighted.

Key words: *Activity groups, clinic of intimacy, grief from mental illness, recovery, rehabilitation process.*

Podemos detectar la preocupación por el cuidado de los pacientes graves en el origen de nuestra concepción, en las experiencias pioneras de Pichon-Rivière en relación con la utilización del grupo como instrumento terapéutico en el Asilo de Torres y en el paro de enfermeros en el Hospicio de las Mercedes.

A partir de estas experiencias, Pichon entiende el sufrimiento como resultado de la interacción grupal y de una deficiente relación entre el individuo y el medio en el que vive, y considera el grupo como área terapéutica sustitutiva y correctiva. Imagina la enfermedad y su abordaje en el espacio grupal. Este sufrimiento puede ser reparado mediante el agrupamiento en torno a una tarea.

De la mano de este autor fuimos delimitando los obstáculos que la práctica asistencial instituida nos mostraba, y también pudimos ir construyendo alternativas que permitieran realizar la tarea de contribuir al proceso de recuperación de los pacientes.

La COG servía como instrumento para pensar la recuperación desde una perspectiva socio-ecológica considerando el proceso de recuperación como un emergente de la interacción de los diferentes ámbitos implicados (comunitarios, institucionales, grupales y psicosociales).

El carácter comunitario del trabajo y la pluralidad de necesidades que presentaban estos pacientes nos exigía la consideración de todos los grupos implicados, principalmente el grupo interno del paciente, el grupo familiar, y el equipo necesario para llevar estos proyectos adelante.

Se nos hizo evidente, por un lado, la necesidad de terapia continuada de la institución para el acompañamiento y, por otro, la ineludible comprensión de los

procesos psicológicos implicados en la experiencia profunda de la recuperación.

La clarificación de los momentos de demanda y alta, vinculadas a las fantasías de enfermedad y curación, nos ayudaba a comprender los elementos en juego en todo el proceso de rehabilitación. Provistos con las nociones de la enfermedad como emergente del grupo familiar, y de la teoría de los ámbitos, pudimos ubicarnos en una posición de no hacernos mecánicamente depositarios de la demanda, tan condensada en los dispositivos “para crónicos”, e ir delimitando campos de intervención más allá del paciente designado. También consideramos que este proceso sólo era posible si nos ofrecíamos como soporte y apoyo al grupo familiar. La negativa a aceptar que toda la problemática dependía del paciente era acompañada del intento de lograr una alianza con todo el grupo familiar; alianza que se materializaba en diversos tipos de encuadres: terapia unifamiliar, grupos de familiares, grupos multifamiliares.

Han sido muchos los compañeros que han trabajado en terapia de grupo con pacientes psicóticos desde la COG, y que han sentado las bases del trabajo con los pacientes graves. Destacaría los trabajos exhaustivos y precisos de Rosa Gómez Esteban, de la que recomiendo su «Psicoterapia psicoanalítica de grupo con pacientes esquizofrénicos» (1). También los de Diego Vico, que nos transmite tan claramente su aprendizaje de la experiencia, y del cual rescataría el que titula “Trabajo con psicóticos” (2). Asimismo, se

recomiendan los trabajos de Felipe Vallejo y Lola Lorenzo, que incluyen: “La organización de los espacios psicoterapéuticos grupales en los servicios públicos: un lugar para la psicosis. Concepción Operativa de Grupo” (3)

En los dispositivos de rehabilitación, la utilización de lo grupal, al inicio, se observaba con alguna desconfianza por el temor a la institucionalización, y a todo aquello que pudiera significar una amenaza a la singularidad.

Constatamos, por el contrario, que el dispositivo grupal era generador de participación activa y protagonismo. Nos permitía compartir con los usuarios el intento de comprensión de los procesos psicológicos y sociales implicados en la experiencia profunda de la recuperación.

La noción de encuadre, la centralidad de la noción de aprendizaje en la terapia y la teoría de las áreas nos permitieron adaptar los encuadres a las necesidades de pacientes con diferentes niveles de regresión y funcionamiento yoico. Asimismo, permitieron establecer intervenciones terapéuticas diversas a las clásicas psicoterapéuticas. Así surgieron intervenciones denominados grupos de actividad o grupos de rehabilitación, grupos de terapia centradas en la elaboración del duelo por la enfermedad mental (4), etc., que permitieron incorporar, en la coordinación de estos grupos, los diferentes roles profesionales que integraban los equipos.

En la asistencia a los pacientes psicóticos se nos hizo evidente que es imprescindible una psicología del proceso de cura centrada en el análisis del vínculo que se da entre pacientes y profesionales del cuidado.

Descubrimos la importancia de una “clínica de la intimidad” con los pacientes psicóticos, una clínica interesada en la vida cotidiana de los pacientes, y en la escucha sobre lo que dicen, viven y experimentan, en un “cierto modo de identificación”. Pensamos que sólo a partir de una relación y comunicación profunda, aceptando compartir la intimidad de sus vivencias, se puede establecer la confianza y el crecimiento emocional. En esta clínica de la intimidad pudimos detectar un emergente central en el proceso de recuperación, el duelo por la enfermedad mental. Esta clínica de la intimidad implica necesariamente tomar en cuenta la subjetividad de los profesionales y el trabajo asistencial, y ello supone también un desplazamiento de lo observado al observador, centrando la atención en las ansiedades de los cuidadores, en la contratransferencia.

En este sentido, fuimos verificando que el contacto con los pacientes psicóticos y sus defensas generan, a su vez, defensas en los profesionales. Y éstas se mancomunan dando lugar a formas de organización institucional que contribuyen al mantenimiento de la cronicidad y la psicosis.

Dichas defensas dan lugar a estereotipos asistenciales (asistencialismo, pedagogismo, psicoterapismo) como formas de culturas

organizativas de los dispositivos frente a los conflictos y ansiedades que se generan en el trato con los pacientes.

En el trabajo de recuperación de los pacientes graves, varios son los puntos en los que cabría poner el acento. Por ello, para concluir, queremos dejar enunciados algunos: a diferencia de aquellas concepciones de la rehabilitación que hacen hincapié en el “no saber del psicótico”, nosotros pensamos que el núcleo de la problemática se basa en el no deseo y el no poder. Asimismo, debe subrayarse la importancia del trabajo sobre los sentimientos de omnipotencia e impotencia

de los terapeutas, por tanto, la imprescindible necesidad de espacios reflexivos para los equipos, trabajando en la aceptación de las limitaciones y en la renuncia de expectativas idealizadas de funcionamiento. Por otro lado, es imprescindible promover la incorporación del grupo familiar en los procesos de recuperación, garantizando la neutralidad terapéutica con dicho grupo.

Y, finalmente, es fundamental reivindicar la importancia de una ética en la comunidad asistencial que incluya el reconocimiento de la humanidad del paciente como igual e idéntica a la propia.

Referencias bibliográficas

1. Gómez Esteban R, De la Viña Guzmán MJ. Psicoterapia psicoanalítica de grupo con pacientes esquizofrénicos. En: Gamó Medina E, Gómez Esteban R, coordinadores. Grupos terapéuticos y Asistencia Pública. Madrid: A.E.N.; 1997, p. 101-121.
2. Vico Cano D. Trabajo con psicóticos. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 1994;(0):1-12.
3. Vallejo F, Lorenzo L. La organización de los espacios psicoterapéuticos grupales en los servicios públicos: un lugar para la psicosis. Concepción operativa de grupo. Taller del XVII Curso Anual de Esquizofrenia Madrid; 2012.
4. Tarí A, Ferrer C. Duelo y recuperación. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. En: Hernández M, Nieto Degregori MP, editores. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid: Grupo 5; 2011, p. 127-51.

Antonio Tarí

Correspondencia: atari@comz.org

Feminismos y Psicología Social: nuevas aportaciones al Esquema Conceptual, Referencial y Operativo

Feminisms and Social Psychology: new contributions to the Conceptual, Referential and Operational Scheme

Ana Távora

Psiquiatra. Psicoterapeuta Psicosocial y Feminista

Unidad Salud Mental Comunitaria Santa Fe (Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada)

Profesora Asociada Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Granada

Recibido: 20/3/2022

Aceptado: 24/2/2023

RESUMEN

Considerar a la Psicología Social y a los Feminismos como teorías críticas de la sociedad que pueden ser articuladas, nos ayudará a profundizar en el conocimiento de lo que definimos como sujetos en situación. El objetivo, compartido por ambas disciplinas, de ampliar el estudio de los mecanismos a través de los cuales la estructura política hegemónica conforma las subjetividades, y sus aportaciones sobre el concepto de necesidades y de opresiones, nos permitirá una mayor comprensión acerca de los procesos que conforman a los sujetos, ya sea como ciudadanos plenos o ciudadanos sometidos. Esta propuesta de convergencia en el esquema referencial y operativo de la Psicología Social la creemos necesaria para una mayor comprensión del sufrimiento psíquico, y para la creación de proyectos emancipatorios que ayuden a la construcción como sujetos plenos.

Palabras clave: *psicología social, feminismos, sujetos.*

Uno de los objetivos principales de la Psicología Social es comprender a través de qué mecanismos la estructura social y política conforma la vida psíquica de los sujetos,

ABSTRACT

Considering Social Psychology and Feminisms as critical theories of society that can be articulated will help us to deepen our knowledge of what we define as subjects in situation. The objective, shared by both disciplines, of broadening the study of the mechanisms through which the hegemonic political structure shapes subjectivities and their contributions on the concept of needs and oppressions, will allow us a greater understanding of the processes that shape subjects into full citizens or subjected citizens. We believe this proposal, of convergence in the referential and operative scheme of Social Psychology, is necessary for a greater understanding of psychic suffering, and for the creation of emancipatory projects that help the construction of full subjects.

Key words: *social psychology, feminisms, subjects.*

especialmente la conformación de su mundo interno. Para hacer posible este camino de lo externo a lo interno, la Psicología Social establecerá diferentes hipótesis que permitan

explicar la articulación entre el orden social y las subjetividades. Una primera aproximación se refiere al concepto de necesidades. Primero, la determinación de las necesidades como producto del orden político y social. Segundo, las necesidades como expresión de un monto de carencia que definimos como básicas y que intentan ser satisfechas en un proceso de interacción.

La satisfacción o no de esas necesidades en las relaciones con el mundo externo facilitará la creación de vínculos que, a su vez, serán internalizados y formarán parte de lo que conocemos como “grupo interno”. En este proceso vincular estarán siempre presentes las condiciones históricas y sociales. De tal manera que, cuando hablamos de los sujetos y sus necesidades, nos apoyamos en la teoría blegeriana de los ámbitos para referirnos a cómo éstas se han construido en los diferentes planos: personal, familiar, social, institucional, global. Se constituye así una articulación desde las necesidades más intrapsíquicas, relacionadas con la vulnerabilidad que tienen los seres humanos al nacer, hasta las más políticas, que son emergente del entramado, social, económico, cultural, donde van a hacerse presente los intereses que los sistemas dominantes y hegemónicos quieren para las/los individuos que forman parte de dichas estructuras.

Como nos recuerda Pichon Rivière (1985): “el orden social da origen, determina la subjetividad y opera, vía internalización, desde el propio sujeto”. Según se hayan realizado estos procesos de internalización será posible o no la conformación de un grupo interno que permita vincularse con

el mundo externo; desde el lugar de sujeto separado-diferenciado o como un sujeto incardinado, sometido a las prescripciones y mandatos sociales.

Al incluir al esquema de referencia de la Psicología Social, las aportaciones de los feminismos, se amplía el objetivo de la Psicología Social sobre cómo la subjetividad de los individuos es una producción social. Los feminismos como teoría crítica (Amorós, 2005) tienen una tarea central “hacer ver” cómo los diferentes sistemas normativos y sus sistemas de opresiones obstaculizan en las mujeres su desarrollo como sujetos plenos. Así Benhabib (1990) se refiere al sistema sexo-género de la siguiente manera: “Entiendo por sistema sexo-género la constitución simbólica y la interpretación socio-histórica de las diferencias anatómicas de los sexos. Los sistemas sexo-género conocidos han colaborado en la opresión y la explotación de las mujeres...”. De esta forma, consideramos que al incluir la especificidad de las opresiones que el sistema normativo ejerce sobre las mujeres, se nos abren nuevas posibilidades al conocimiento de lo que define Pichon Rivière (1988) con el término de los sujetos en situación, o siguiendo a Haraway (1988), con el concepto de “conocimiento situado”.

Nos aclara Huertas (2020) que el estudio del conocimiento situado se convierte en nueva clave epistemológica para profundizar en la producción de conocimiento y en la construcción sobre los sujetos de las prácticas de poder. En nuestro planteamiento de articulación entre la Psicología Social y los Feminismos, será a partir del relato que

las mujeres hacen de sus experiencias de vida, y de las formas de experimentar las relaciones internas y con el mundo externo, lo que nos permitirá conocer cómo las necesidades están determinadas por estructuras de poder que van a tener como intención el sometimiento de las mujeres.

A continuación, me gustaría mostrar algún ejemplo sobre cómo se amplía el esquema de referencia de la Psicología Social Operativa, cuando incluimos la perspectiva feminista. Seguimos con la teoría de los ámbitos e incluimos el quinto ámbito de la sociedad y la globalización, añadido por Montecchi (1994). Y añadimos a Fraser (2019) en el “Manifiesto de un Feminismo para el 99% de las mujeres”: “el capitalismo establece nuevas formas de sexismo cuando separa la producción de seres humanos, de la producción de beneficios, y asigna la primera tarea a las mujeres. Por otro lado, el trabajo de reproducción social también sustenta lo que Marx define como la fuerza del trabajo; sin dicho trabajo, ni la vida, ni la fuerza podrían encarnarse en seres humanos. El sistema capitalista encubre y rechaza la importancia de la reproducción social y relega a quienes lo realizan a una posición de subordinación. A su vez el sistema capitalista obliga a las mujeres a realizar este trabajo de forma gratuita”.

Para que las mujeres puedan situarse en ese rol, de productora de seres humanos, es necesario conocer cómo se conforman un determinado tipo de necesidades y fantasías que hacen posible que una determinada conducta pueda ser asumida. Dos autoras, nos ayudarán a comprender cómo, en esta situación concreta, se construyen

determinadas necesidades en las mujeres para tener garantizadas que se cubran las que tiene el sistema hegemónico: garantizar de manera gratuita el cuidado de los otros. Chodorow (1984) refiere en qué medida el rol que supone el cuidado de los hijos se transforma en una cuestión identitaria, ser mujer igual a ser madre; así al construirse como “sujetos en relación”, lo referido a los propios deseos será en muchos casos postergado ante la tarea de atender las necesidades de los demás. Un rol, el de mujeres-madres, que crea la fantasía de que estando atenta a las necesidades de los otros se garantiza cubrir las propias de manera satisfactoria. De ese modo, se potencia un tipo íntimo de relación capitalista: doy, y me dan. Junto a esta fantasía sobre cómo te cubrirán los otros las necesidades, se une otro imperativo: “si desempeñas este rol serás feliz”. Ahmed (2019) cita el libro de Betty Friedan: “La mística de la feminidad”, y plantea que el ama de casa feliz es una fantasía que encubre los signos del trabajo bajo el signo de la felicidad, “la afirmación de que las mujeres son felices y que esta felicidad radica en el trabajo que hacen, permite justificar una división del trabajo en función del género, no como un producto de la naturaleza, la ley o el deber, sino más bien como la expresión de un anhelo y deseo colectivo”.

La inclusión del conocimiento de los diferentes mecanismos de opresión posibilita disponer de más información acerca de los procesos relacionados con la creación de necesidades; en el ejemplo anterior, un tipo de necesidades que amplía nuestro conocimiento sobre las relaciones en el grupo

familiar y los procesos que van a darse en espacio tan especial para el esquema de referencia de la Psicología Social Operativa. Ampliar nuestro saber sobre cómo se hacen presente las ideologías del estado en ese grupo y los efectos que van a tener sobre la conformación de nuestra vida psíquica.

Gracias a los feminismos podremos transformar nuestros pensamientos acerca de las mujeres como sujetos alienados, y ampliar

el saber sobre los proyectos emancipatorios posibles para encontrar el estado de sujetos plenos.

El sentido de este trabajo es contribuir a un mundo donde las diferencias, en concreto las relacionadas con el sexo, puedan ser tenidas en cuenta. Confiamos que en este proceso contemos con más recursos para aliviar el sufrimiento psíquico.

Referencias bibliográficas

- 1 Ahmed S. La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría. Buenos Aires: Caja Negra; 2019.
- 2 Amorós C, De Miguel A, editoras. Teoría Feminista. De la Ilustración al segundo sexo. Madrid: Minerva; 2005.
- 3 Benhabib S. Teoría Feminista y teoría crítica. Valencia: Alfonso el Magnánimo; 1990.
- 4 Chodorow N. El ejercicio de la Maternidad. Psicoanálisis y Sociología de la Maternidad y Paternidad en la Crianza de los Hijos. Barcelona: Gedisa; 1984.
- 5 Fraser N. Manifiesto de un feminismo para el 99% de las Mujeres. Barcelona: Herder; 2019.
- 6 Haraway D. "Situated Knowledges. The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective". *Feminist Studies*.1988;14(3):575-599.
- 7 Huertas R. Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismo. Madrid: Catarata; 2020.
- 8 Montecchi L. Globalización en Salud Mental. *Rev. Área 3. Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales*. 1994;9:52-54.
- 9 Pichón Rivièrè E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Nueva Visión; 1985.

Ana Távora

Correspondencia: t2845661@ugr.es

10 BÁSICOS 10

La concepción operativa de grupo. A. Bauleo, JC. Duro, R. Vignale, coordinadores. Madrid: Edit. AEN; 1990.

Este libro pretende integrar distintos trabajos que, desde diversas perspectivas, nos muestran y enseñan el desarrollo de la Concepción Operativa de Grupo (COG). Se inicia con el desarrollo de nuestro ECRO, la psicología social pichoniana, hasta la actualidad. Nos introduce en las prácticas y modelos de trabajo en el campo de la salud mental y donde la grupalidad y la COG se ponen en juego en una praxis social y clínica. Se proponen distintos temas: la organización de dispositivos grupales, la clínica grupal, la salud mental infanto-juvenil, la salud comunitaria, la atención a la vejez, los equipos de salud mental y la formación.

Dostoievski en las mazmorras del espíritu. N. Caparrós. Madrid: Biblioteca Nueva; 2022.

Esta obra no es solo un ensayo sobre un literato, sino que en ella se desbroza la atmósfera que acompaña a un sujeto concreto en toda su complejidad. Los afectos desplegados por los protagonistas de las novelas de Dostoievski, la incidencia del contexto social en el deambular de todos ellos, son recogidos de forma que revelan la eterna y tensa dialéctica entre un sujeto y su entorno. N. Caparrós, a su vez, ha sido capaz de desplegar este universo singular con un lenguaje por momentos poético y un espíritu siempre inquisitivo.

Para pensar a Pichon. G. Jasiner y M. Woronowski. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1992.

Ana Quiroga, en el prólogo, plantea que Graciela y Mario proponen hipótesis, lugares, resquicios para pensar y descubrir a Enrique Pichon-Rivière. Los autores expresan que no es un resumen de la obra pichoniana, la idea es pensar a Pichon desarmando su texto, recorriéndolo por múltiples e imprevisibles caminos, produciendo nuevos sentidos. Recomendando especialmente, el capítulo ¿El grupo operativo cura?

La clínica grupal en los Servicios de Salud Mental. M. Castro Oller, R. Gómez Esteban, A. de la Hoz Martínez, editoras. Madrid: AEN; 2021.

La clínica grupal y la psicoterapia de grupo se proponen como una de las principales herramientas terapéuticas en los servicios de salud mental. Se plantean encuadres grupales

terapéuticos que permiten observar diferentes procesos y modos de relación, con el objetivo de lograr el menor sufrimiento subjetivo posible. Se propone que el grupo terapéutico, junto al grupo familiar y multifamiliar, sean estrategias psicoterapéuticas claves para la evolución del trastorno mental grave en nuestro país.

Situaciones Grupales Difíciles en Salud Mental. E. Irazábal, coordinador. Madrid: Ediciones Grupo 5; 2014.

En el libro participan 23 autores y especialistas en grupos. Se describen 18 situaciones difíciles que no es fácil encontrarlas escritas en otros libros sobre trabajo grupal. Cuando se estaba editando el libro, descubrimos que existía, en lengua inglesa, un libro de similares características, quizás un poco más completo pues incluyen discutidores de las situaciones difíciles. En total, unos 50 colaboradores entre autores y discutidores. El libro se llama: “Complex Dilemmas in Group Therapy”, editado por Lise Motherwell y Joseph J. Shay. Ed. Brunner-Rotledge. N. York; 2005.

La interpretación en psicoanálisis de pareja. Perspectivas interculturales. T. Keogh, E. Palacios, coordinadores. Madrid: Editorial Psimática; 2019.

Varios psicoanalistas de familia y pareja de renombre internacional comparten experiencias clínicas. Se investiga el tema de la interpretación de modo muy clarificador para el campo, abriendo interrogantes en el área de la salud mental y el ámbito médico social.

L’ombra dell’angelo. Teoria e pratica della Concezione Operativa di Gruppo. L. Montecchi. Ed. Sensibile alle foglie; 2021.

“Tesis de prevención” es el primer capítulo del libro, un texto importante en el que se apuntan las líneas o ejes de reflexión que después el autor seguirá trabajando en posteriores artículos. La idea del hombre moderno que no encuentra su lugar en la historia; es el estado de conciencia ordinario, dice Leonardo, es decir, el estado de conciencia que pone al individuo absoluto como imaginario social central. El individuo con los vínculos sociales rotos, el hombre alienado. Éste es el individuo que produce el capital, que produce el mercado, el ámbito de significación en el que vivimos.

Psicología clínica Pichoniana. Una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad. F. Fabris, MD. Galiñanes. Buenos Aires: Ed. cinco; 2004.

Esta obra trata de articular lo psicopatológico con la determinación social de la subjetividad entendida desde los cuatro ámbitos de conducta. Realiza una introducción general a la clínica

pichoniana, para centrarse luego en algunas patologías (depresión, crisis de pánico) en las que vemos su procesamiento a partir de la teoría de Pichon. Finaliza desarrollando como el cambio en la estructura social influye en la configuración de la subjetividad y la patología.

Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación. J. Benjamin. Buenos Aires: Paidós; 1996.

Uno de los primeros libros sobre “Salud Mental y Feminismo” fue “Los lazos del Amor”. Hasta ese momento se había profundizado en la dimensión social, política, filosófica, cultura del feminismo. Jessica Benjamin te lleva a un ámbito, más profundo, conocer “como la dominación está anclada en el corazón de las dominadas”. Desde la lectura de este texto a la actualidad, esa podría ser la línea central de trabajo y de investigación, conocer a través de qué procesos el poder hegemónico está dentro de nuestros corazones y cómo poder transformar esa situación.

El médico como persona en la relación médico-paciente. R. Gómez Esteban. Madrid: Ed. Fundamentos; 2002.

Este libro tiene como objeto la angustia, las ansiedades y afectos del médico en la relación médico-paciente. Las que generan mayor ansiedad son: el estrés laboral y la insatisfacción en la relación médico-paciente, después la falta de formación en la relación médico-paciente, la falta de apoyo social; y, por último el sufrimiento del paciente y la falta de tiempo para atender a los pacientes. Afirma que la relación médico-paciente, el vínculo terapéutico, es el núcleo del quehacer clínico e influye en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes. Señala también el interés de los grupos Balint u operativos para el aprendizaje de la relación médico-paciente.

INFORMES

OPEN DIALOGUE^{1/2} Laponia Occidental (Finlandia)

CONTEXTO

Open Dialogue (“diálogo abierto”) es una técnica especial de trabajo psicoterapéutico y dialógico con personas y familias que se enfrentan a un problema de salud mental. Surgió en Laponia Occidental (Finlandia), pero muchos profesionales de la salud mental están recibiendo capacitación en técnicas de diálogo abierto en Escandinavia, Alemania, Países Bajos, Austria, Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Japón e Irlanda.

Laponia Occidental tiene seis municipios y una población aproximada de 65.000 habitantes. El método Open Dialogue está presente en todos los componentes del servicio de salud mental de Laponia Occidental. El presente apartado describe un servicio de crisis y alcance domiciliario coordinado por la Clínica Ambulatoria Keropudas, una clínica de guardia con sede en el Hospital Keropudas, en la ciudad de Tornio (de 21.900 habitantes).

Este servicio de atención a las crisis abarca toda la región de Laponia Occidental y se coordina con otras clínicas ambulatorias y dispositivos asistenciales de los demás municipios de la región. El Hospital Keropudas se especializa en salud mental y, aparte de las consultas ambulatorias, también ofrece tratamiento en régimen interno para toda el área de afluencia de Laponia Occidental, con una unidad de psiquiatría de 22 camas. La unidad tiene una jefatura de enfermería, un puesto de asistente de la jefatura de enfermería, 17 puestos de enfermería (profesionales con licenciatura), 13 auxiliares de enfermería (con título básico), dos puestos para profesionales médicos, uno de psicología, uno para un asistente social y uno de secretaría.

También hay una clínica ambulatoria separada en Tornio, que ofrece intervenciones de salud mental en la ciudad y el municipio. Esta clínica cuenta con un puesto de asistente de la jefatura

1 Este documento forma parte de la publicación de OPS/OMS (2022): **Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos**. El open dialogue de Laponia Occidental esta dentro del módulo técnico dedicado a los servicios de salud mental en momentos de crisis. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56275>. En ese enlace pueden encontrar más información así como las referencias bibliográficas.

2 Para Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria se ha realizado una pequeña adaptación de algunos términos técnicos del documento por parte de Víctor Aparicio Basauri. Estas adaptaciones han sido señaladas en notas a pie de página.

de enfermería, seis puestos de enfermería, un puesto de psiquiatría, uno de psicología, uno de asistente social, uno de terapeuta ocupacional y uno de secretaría.

La ciudad y el municipio de Kemi, con una población de 21.000 habitantes, también cuentan con un servicio ambulatorio. Hay equipos más pequeños que prestan servicios ambulatorios en los municipios de Simo, Tervola, Keminmaa e Ylitomio. El equipo de crisis de Keropudas trabaja en estrecha colaboración con los servicios ambulatorios de Tornio y Kemi en la atención a las crisis en sus respectivas zonas.

Por otro lado, existe un equipo general de salud mental junto al Hospital Central Länsi-Pohja, en Kemi, un hospital general que da cobertura a toda Laponia Occidental. El equipo de enlace de salud mental, compuesto por dos enfermeras, un psicólogo y un psiquiatra a tiempo parcial, importante del trabajo del equipo consiste en cuidados terminales y atención a las autolesiones, pero también se coordina con los equipos ambulatorios de diferentes municipios para realizar seguimientos.

En Kemi y Tornio hay dos clínicas para niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, que siguen los principios del diálogo abierto y dan cobertura a toda la región.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El servicio Open Dialogue, gestionado por la clínica ambulatoria Keropudas, realiza una intervención psicoterapéutica para personas que acuden por una crisis de salud mental, en particular las que tienen síntomas psicóticos. El equipo está compuesto por un director de enfermería, una enfermera jefa auxiliar, 14 enfermeros, un asistente social, un psiquiatra, un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un secretario. También intervienen los médicos residentes. En algunas ocasiones participan antiguos usuarios³ que ahora actúan como consultores y proporcionan información, pero esto en general se hace hacia el final de la intervención.

El personal tiene los consultorios en el Hospital Keropudas, pero la mayor parte de su trabajo se lleva a cabo en la comunidad. Hay miembros del equipo disponibles las 24 horas, todos los días. Se trata del único punto de entrada para situaciones de crisis en Laponia Occidental. Las personas se ponen en contacto con el servicio por teléfono, por mensajes de texto, por correo electrónico o acudiendo en persona. Durante un período de cuatro semanas en el 2018, se atendieron 724 llamadas, contando las solicitudes de asistencia, de tratamiento y de información. A veces se reciben llamadas de personas que buscan apoyo directamente;

3 Nota adaptación: En la traducción original el término “*peer workers*”, en este párrafo, se ha traducido por “*trabajadores pares*”, pero en otras partes del texto se ha traducido por “*antiguos usuarios*” y por eso aquí se ha adaptado el texto a este término que es más común en nuestro lenguaje profesional.

otras veces, quien llama es la policía, un educador social del área de juventud o un médico generalista; hay médicos que llaman para comentar el caso de un paciente, pero muchas veces lo hacen para hablar de cuestiones generales sobre su trabajo.

En el 2019, cada mes se organizaron cerca de 100 primeras reuniones con las personas, las familias y las redes. No hay un límite establecido de personas que pueden recibir atención, aunque a veces se deriva a la persona y su familia a otros servicios que se consideran más apropiados.

Cuando hay un contacto con la clínica de crisis, la persona que recibe la solicitud de atención organiza un equipo específico para ese caso, el cual va a trabajar con la persona afectada y su familia o red durante todo el tiempo que sea necesario. Todos los trabajadores del servicio de salud mental pueden integrar el equipo específico del caso, tanto de la unidad de crisis como de la unidad de hospitalización. A veces intervienen también otros servicios, como los trabajadores sociales⁴ del área municipal de trabajo social. Si se ingresa a la persona en la unidad de hospitalización en algún momento durante la crisis, este equipo se ocupa de todo el proceso.

El servicio procura responder a cada derivación lo más rápido posible; ante una crisis grave, se intenta dar respuesta en menos de 24 horas, salvo que la persona solicite expresamente un aplazamiento. Las reuniones con la persona, su familia y su entorno se pueden realizar en el domicilio o en los consultorios del equipo, donde la persona prefiera. El objetivo principal es prestar apoyo para evitar la hospitalización, aunque no siempre se consigue. En ocasiones, la persona ingresa en la unidad de hospitalización del Hospital General de Kemi, de modo que no se contacta con el servicio de crisis de Keropudas; esto suele ocurrir cuando hay personal temporal que no conoce el sistema.

El personal posee diversas habilidades y muchos miembros del equipo han recibido capacitación sobre distintas formas de psicoterapia, como la psicoterapia grupal, la arteterapia, la terapia cognitivo- conductual y la terapia orientada a la atención de los traumas. Las personas que recurren al servicio pueden trabajar con diferentes profesionales a lo largo de su colaboración con el equipo, según sus necesidades y deseos. Además, pueden participar en las actividades semanales que se organizan, como natación, golf y otros programas de ejercicio físico.

Las reuniones se llevan a cabo regularmente, al principio diariamente. No tienen una duración fija, pero suelen durar entre 45 minutos y dos horas. Con el visto bueno de la persona, el equipo incluye a la familia y a su entorno social. El servicio es flexible, capaz de adaptarse

4 Nota adaptación: En la traducción original el término “*social workers*” se ha traducido como “*asistentes*”. En esta adaptación se recupera el término “trabajadores sociales”.

fácilmente a las necesidades y preferencias individuales y se desplaza adonde esté el usuario, tanto dentro como fuera del hospital, y proporciona continuidad asistencial. Siempre que resulta posible, se intenta minimizar el tratamiento farmacológico y mantener a los mismos miembros en el equipo de apoyo de una persona. Se busca la transparencia total, y en todas las charlas y decisiones intervienen el usuario, su familia y sus cuidadores. El equipo utiliza el término “dialogismo” para indicar que su cometido principal es promover el diálogo y la construcción de un nuevo entendimiento entre los participantes, en el lenguaje de la persona, la familia y el entorno. El personal está capacitado para tolerar la incertidumbre.

El servicio pretende ser “una forma de intervención no institucional y no medicalizante” y fomentar “formas locales y contextuales de conocimiento y práctica”, aplicando deliberadamente “un enfoque de red para facilitar una comprensión contextual y relacional del bienestar mental”.

Open Dialogue se basa en un conjunto de “criterios de fidelidad para la práctica dialógica”. Hay siete “principios estructurales”, a saber: ayuda inmediata; perspectiva de red social; flexibilidad y movilidad; responsabilidad; continuidad psicológica; tolerancia a la incertidumbre; y diálogo (polifonía)⁵. También se incorporan 12 “principios terapéuticos”, que son los siguientes: debe haber al menos dos terapeutas presentes en la reunión del equipo, en la que deben estar la familia y la red social de la persona y se deben formular preguntas abiertas; además, los terapeutas deben responder a lo que digan los usuarios; deben orientar la atención al momento presente; deben recabar diferentes puntos de vista, mediante un enfoque relacional en el diálogo; deben responder con un estilo fáctico y estar atentos a los significados; deben recalcar las palabras e historias de los usuarios, no los síntomas; deben conversar con otros profesionales (reflexionar) en reuniones terapéuticas; deben ser transparentes; y deben tolerar la incertidumbre.

PRINCIPIOS Y VALORES FUNDAMENTALES DEL SERVICIO

Respeto de la capacidad jurídica

El servicio tiene como objetivo promover la dignidad de la persona y respetar su capacidad jurídica generando las condiciones propicias para un diálogo real con ella, con su familia y con su entorno. De este diálogo se deriva el plan de atención terapéutica. Los miembros del equipo no imponen su terminología profesional y procuran crear una situación donde todas las voces son escuchadas, sin favorecer a ninguna ni permitir que ninguna sea la dominante. Si la persona no quiere que participe su familia, por la razón que sea, no se le impone este requisito. En las reuniones, todos los asistentes reciben un trato igualitario; dicho de otro

5 En la técnica del diálogo abierto, el término “*polifonía*” denota una situación en la que se da validez a todas las voces que se expresan en un relato.

modo, “la tarea principal de los terapeutas es ser abiertos y en gran medida receptivos, en lugar de dar instrucciones o interpretar”. En la capacitación sobre el diálogo abierto se subraya la necesidad de crear las condiciones necesarias para que se puedan escuchar y reconocer a las voces menos dominantes.

Por todo ello, uno de los principios capitales del diálogo abierto es escuchar los puntos de vista y los deseos de la persona, y utilizarlos como guía. Los términos relacionados al diagnóstico se consideran innecesarios y el equipo intenta utilizar el lenguaje común de la familia. Así, toda la intervención tiene como objetivo promover el respeto a las decisiones, los valores y las prioridades de la persona afectada. Por ejemplo, las decisiones sobre la ubicación y la hora de las reuniones las toma la persona. La idea es que el equipo de tratamiento esté a su disposición, y las decisiones terapéuticas las determine solo la persona. Open Dialogue intenta promover “el potencial del usuario para la autoexploración, la autoexplicación y la autodeterminación”. A veces, si la persona tiene un brote psicótico, esto puede ser difícil conseguirlo, pero, en todo caso, el diálogo abierto puede ayudar a “dar sentido” a esa situación y permite que la persona se haga entender. La participación de la familia y el entorno social también ayuda a dilucidar los deseos y preferencias de la persona que está pasando por dificultades, pero solo con su consentimiento.

Los valores de Open Dialogue comprenden el consenso, la participación, la autonomía, el diálogo, la comunicación, el compromiso y el fomento de los espacios protectores para el entendimiento mutuo. También se intenta desarrollar una “forma compartida de gestión de riesgos” que funcione con el entorno social de la persona. Cuando se ingresa a alguien en el hospital, se anima a la red social elegida por la persona a permanecer involucrada y ayudarla a articular sus puntos de vista y sus deseos.

El equipo de Open Dialogue intenta percatarse de las diferencias de poder que entran en juego en un momento de crisis y que pueden minar la capacidad del usuario para expresar sus necesidades y preferencias. El servicio trata la cuestión del poder y cómo subsanar sus desequilibrios en la capacitación y la supervisión, y procura reducirlos al mínimo.

Prácticas no coercitivas

El servicio de crisis procura evitar siempre las intervenciones coercitivas, tratando de reducir las situaciones de tensión. Si una persona se niega a medicarse, no se la amenaza con internarla. En estas situaciones, siempre se realiza una negociación considerable para encontrar una solución que conlleve el mínimo riesgo. El personal del servicio ha recibido capacitación en gestión de agresiones reales o potenciales, en intervención de desescalada.

6 Nota adaptación: En la traducción original el término “*meaning-making*” se ha traducido por “*creación de significado*”. En esta adaptación se utiliza el término “*dar sentido*”.

No obstante, cuando no hay alternativa, se utiliza la fuerza física, se ingresa a la persona y se le administra tratamiento contra su voluntad en la unidad de hospitalización del Hospital Keropudas. Estas situaciones se producen, sobre todo, cuando se teme que la persona pueda ser violenta. En tales circunstancias, a veces se aplican las contenciones y el aislamiento en la unidad de hospitalización.

Inclusión en la comunidad

Se anima a la familia y a la red social a participar en las reuniones terapéuticas, pero siempre es el usuario el que decide, junto con el equipo responsable, a quiénes se invita a las reuniones. El servicio trabaja en estrecha colaboración con escuelas, institutos de capacitación y empresas, así como con otras organizaciones que pueden colaborar. Por lo tanto, en las reuniones de la red pueden intervenir personas que interactúan directamente con el usuario en diversos ámbitos, como familiares y parientes, vecinos y amistades, profesores, asistentes sociales, empleadores o curanderos tradicionales.

Participación

En el sistema de salud mental finlandés no hay puestos de trabajo que ocupen los usuarios o los antiguos usuarios. Sin embargo, en Laponia Occidental, el servicio cuenta con cuatro antiguos usuarios que actúan como consultores con contratos anuales. Se dedican principalmente a la capacitación y gestión, pero también organizan y facilitan reuniones de grupos de apoyo. Pueden participar en el trabajo con los usuarios del servicio y en la atención a las crisis de Open Dialogue, pero aún no están integrados en los equipos de tratamiento como miembros plenos. Desde el 2014, el servicio de salud mental trabaja con profesionales y usuarios para producir conjuntamente una nueva forma de capacitación, vista como un vehículo a través del cual escuchar el punto de vista de las personas que comparten una situación vital.

Para recopilar los comentarios y opiniones de los usuarios, se realiza sistemáticamente una encuesta anónima anual sobre el tratamiento recibido y las reacciones generales.

Enfoque de recuperación

La importancia que concede Open Dialogue a la centralidad de las relaciones, los valores y los significados se enmarca en el enfoque orientado a la recuperación. En particular, el servicio promueve la conexión fomentando la participación de la familia y el entorno social en las reuniones terapéuticas. Busca empoderar al usuario evitando el uso de tecnicismos para normalizar y elaborar, en cambio, el significado de las experiencias de la persona. También se aconseja a la persona que participe activamente en la decisión de cómo hablar y enfrentar los problemas.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO

La técnica de diálogo abierto diseñada en Laponia Occidental cuenta, desde hace decenios, con la colaboración de la Universidad de Jyväskylä, que la ha evaluado con estudios académicos, algo importante para mantener el alto nivel de las investigaciones producidas. Además, la investigación se ha convertido en una parte integral del ejercicio profesional de los integrantes del servicio.

Las investigaciones sobre el servicio de crisis han prestado especial atención al tratamiento del primer brote psicótico y en ellas han participado personas que recibieron parte de su atención, o incluso la totalidad, en el hospital. Estos estudios se entienden mejor como una forma de lo que se denomina investigación-acción y reflejan la complejidad de evaluar los servicios en un contexto real. Por otro lado, se han publicado algunas comparaciones controladas entre el diálogo abierto y el tratamiento habitual. Una de ellas es un estudio de cohortes, realizado a partir de registros, que comparó la evolución a largo plazo de los usuarios de Open Dialogue con un grupo control de gran envergadura, compuesto por personas de toda Finlandia. Los sujetos de estas cohortes acudieron a un servicio de psiquiatría por primera vez a raíz de un brote psicótico y permanecieron en seguimiento durante un período de cerca de 19 años. En la cohorte de Open Dialogue se observa una reducción significativa de la duración de los ingresos hospitalarios, los subsidios por discapacidad y la necesidad de neurolépticos, en comparación con la cohorte de control. Cabe señalar que, mientras que casi todos los sujetos del grupo control (97,3%) tomaron neurolépticos en algún momento de su tratamiento, el 46% de la cohorte de Open Dialogue completó su tratamiento sin tomar estos fármacos. En el estudio se indica, asimismo, que las personas que siguieron la técnica de Open Dialogue habían logrado mejores resultados en el plano laboral.

Estos resultados vienen avalados por otro estudio de ámbito nacional, con un seguimiento de cinco años, en el que constata que el distrito de salud de Laponia Occidental tiene las cifras más bajas de Finlandia en relación con la duración de los tratamientos hospitalarios y las pensiones de invalidez .

Los estudios cualitativos en general señalan que el diálogo abierto es una intervención aceptable para los usuarios, así como para sus familias y los profesionales . En un estudio realizado en Estados Unidos con usuarios de un servicio móvil de atención a las crisis, se observó que los participantes y los familiares valoran la apertura y la transparencia del modelo, así como el tiempo que les dedica el equipo y su implicación en la toma de decisiones; además, aprecian que la intervención no esté centrada únicamente en la medicación . También se indica que la satisfacción del personal es alta.

La mayoría de las investigaciones sobre Open Dialogue tratan temas como el uso de neurolépticos, los subsidios por discapacidad y la duración de la estancia hospitalaria, pero hay menos evidencia sobre su impacto en la aplicación de medidas coercitivas. De todas

maneras, en el estudio de 19 años mencionado anteriormente, el 50% de los ingresos de la cohorte de toda Finlandia son no consentidos, en comparación con solo el 26% en Laponia Occidental. Esta diferencia hace pensar que Open Dialogue tiene un efecto significativo sobre la cantidad de tratamientos forzados. Actualmente no hay datos sobre el número de personas que han recibido apoyo del equipo de crisis y acaban ingresadas en contra de su voluntad.

Una extensa revisión de los estudios cuantitativos y cualitativos que se han realizado sobre los servicios de diálogo abierto en Finlandia, Noruega y Estados Unidos pone de relieve que la investigación se ve complicada por las muchas variantes de la técnica de diálogo abierto, es decir, las variaciones del modelo original de Laponia, así como por los diferentes contextos en los que se llevan a cabo. Los autores proponen que se investigue más en entornos reales, para explorar cómo funciona el diálogo abierto y por qué. Actualmente se están realizando estudios de este tipo en diferentes países. En el Reino Unido, el estudio “Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Disease” (ODDESSI) es el mayor ensayo controlado aleatorizado de Open Dialogue, en el que han participado más de 600 usuarios durante un período de tres años. En el 2019, el Consejo Nacional de Investigaciones de Italia recibió una subvención para poner en marcha el proyecto internacional HOPEnDialogue, vinculado con el estudio británico antes mencionado, cuyo objetivo es investigar la eficacia del diálogo abierto en diferentes contextos, además de vertebrar y respaldar una comunidad de aprendizaje sobre el diálogo abierto a nivel mundial.

Costos y comparaciones de costos

El servicio lo financia el Estado a través del sector de la salud, por lo que el financiamiento proviene de los impuestos locales de los municipios. El seguro nacional de salud también cubre los costos de algunos medicamentos y la psicoterapia privada. Los neurolépticos se dispensan gratuitamente y el servicio de crisis es gratuito para los usuarios. Se calcula que una reunión de diálogo abierto de entre 60 a 120 minutos de duración cuesta entre 130 y 400 euros. Este costo incluye la participación activa de un equipo multiprofesional que puede comprender la asistencia social, la ayuda con la vivienda y las finanzas, las recetas de medicamentos y la licencia por enfermedad, las intervenciones de trauma, la terapia ocupacional, la arteterapia y la consulta entre pares (M. Kurtti, Distrito de Atención Médica de Laponia Occidental, comunicación personal, 2021).

El servicio de Laponia Occidental se beneficia del sistema localizado de financiamiento de los servicios de salud de Finlandia, que permite hacer una inversión importante en la capacitación del personal.

DESAFÍOS⁷ Y SOLUCIONES

Trabajar dentro de una estructura fragmentada

Hace más de 40 años, cuando comenzó el servicio, el hospital psiquiátrico local lo administraba una organización diferente. Establecer una intervención integral de atención a las crisis en la comunidad conllevaba hacer frente a diversas dificultades de tipo institucional.

Para superar estas dificultades, se entabló un diálogo activo con los interesados directos: equipos profesionales, gerencias y representantes políticos a nivel regional. Se definieron y acordaron objetivos claros para el servicio. Así, el personal estuvo mejor preparado para contribuir a la reorganización del servicio a fin de adaptarse al entorno cambiante.

Transformar la cultura dominante en salud mental

Había cierto escepticismo⁸, entre el personal del servicio de salud mental, respecto a lo que se conseguiría con una forma diferente de trabajar, así como reticencia a colaborar. Para superar este obstáculo, se insistió mucho en la capacitación, que estaba abierta a todos y era pertinente para el trabajo que realizaban en el día a día.

Fomentar la reflexión bajo presión

Ha habido grandes dificultades para gestionar las presiones cotidianas de tiempo y recursos. El personal tiene tiempo limitado para reflexionar sobre el servicio y el trabajo que realiza. Además, los cambios periódicos en la configuración y gestión de las prestaciones han redoblado la presión y han alterado el funcionamiento del servicio.

Se ha hecho un esfuerzo activo por encontrar tiempo para que el equipo hable y reflexione sobre su trabajo en reuniones conjuntas. Al crear una cultura en la que se valora la investigación, los profesionales han podido contar con el incentivo, el tiempo y la oportunidad de reflexionar sobre lo que hacen. Del mismo modo, los usuarios han tenido la oportunidad de expresar sus experiencias, algo que se ha aprovechado como oportunidad importante para evaluar la eficacia del servicio.

Ampliar el cuadro de personal capacitado

Las reducciones del personal disponible han supuesto nuevos desafíos. A causa de las modificaciones regulatorias introducidas en Finlandia, el porcentaje de terapeutas familiares

7 Nota adaptación: En la traducción original el término “challenges” se ha traducido por “dificultades”. En esta adaptación se utiliza el término “desafíos”.

8 Nota adaptación: En la traducción original el término “cynical” se ha traducido por “cinismo”. En esta adaptación se utiliza el término “escepticismo”.

de Laponia Occidental que han recibido capacitación en la técnica de diálogo abierto ha caído al 30% en el 2019, en comparación con el 70% de la década de 1990.

Para solventar este problema, se ha emprendido un programa local de capacitación interna, que ofrece una titulación propia. El plan de estudios, que dura tres años y medio, ha sido diseñado conjuntamente por profesionales y personas con experiencia, incorporando las pautas de la Asociación Nacional de Terapia Familiar. La asociación realiza parte de la formación y, aunque prima el ejercicio del dialogo abierto, también se insiste en dar más voz a las personas con experiencia.

CONSIDERACIONES CLAVE PARA DIFERENTES CONTEXTOS

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- Evaluar qué funciona y qué no, desde diferentes perspectivas.
- Determinar qué variables deben utilizarse para reflejar lo que es importante para el usuario del servicio.
- Priorizar la capacitación en técnicas de diálogo abierto, para conformar un grupo de profesionales capacitados.
- Enfatizar el punto de vista del usuario en la formación y en los equipos de crisis, siempre que sea posible.
- Introducir un sistema integrado de prestación para maximizar la colaboración entre el equipo de crisis, la unidad de hospitalización y los servicios ambulatorios del municipio.
- Garantizar que toda la plantilla del hospital —incluso los trabajadores con contratos temporales o de media jornada— conozca el equipo de crisis, para que no se pierdan las derivaciones.
- Buscar soporte académico de las universidades para fomentar la investigación y suscitar un interés internacional en torno al servicio.

RESEÑAS

La Reforma Psiquiátrica en España. Hacia la salud mental comunitaria. Los años 70 y 80: dos décadas claves. Conversaciones con protagonistas¹.

Begoña Olabarría y Manuel Gómez Beneyto

Xoroi Ediciones, 2022.

Una lección de memoria colectiva

Hay mucho que agradecerles a Begoña Olabarría, Manuel Gómez Beneyto y a los 24 profesionales entrevistados por regalarnos este libro imprescindible que debiera de ser de “lectura obligada” para las jóvenes y no tan jóvenes generaciones que se han formado y se están formando, puesto que beben, la mayoría sin saberlo, de todo el proceso de cambio realizado por ellos, contra viento y marea, y por otros muchos que, pese a haber participado no figuran, pues es obvio que es imposible reunirlos a todos. Tanto a los que están como a los que podrían haber estado: gracias por vuestra transmisión y por haber contribuido a mejorar lo que era indigno e insoportable en tantos ámbitos en el trato y en el tratamiento de los desheredados de esta tierra nuestra y de este oficio, hasta hace bien poco tiempo, si bien queda mucho por hacer.

Son 24 testimonios de colegas psicólog@s clínic@s y psiquiatras de diferentes CCAA que, de una manera u otra, y con mayor y menor peso, vivieron de modo activo su participación en lo que se denomina la Reforma psiquiátrica ocurrida en dos décadas claves: los años 70 y 80. Tiempo en el que tuvo lugar la mayor transformación hasta la fecha realizada en la atención a la salud mental en España.

Gracias a Begoña y a Manuel por el coraje de embarcarse en esta diría, titánica tarea de rescate de memoria colectiva, pues se corre el riesgo de perder la voz de algunos de sus protagonistas. La memoria es frágil, cambiante, en construcción y remodelación continua, y la vida efímera.

¹ Esta reseña se ha publicado de forma conjunta con la revista NORTE de salud mental 18(68): 135-141.

Simone Weil afirmaba “la destrucción del pasado es quizá el mayor de los crímenes”, a lo que añado lo que Carmen Sáez de Buenaventura dice en la página 763 del texto: “ni más ni menos; se hizo lo que se pudo” como resumen de lo que fue su experiencia en esos tiempos de cambio difíciles, llenos de entusiasmo e imprescindibles, complejos y muy relevantes.

Estamos ante un libro de casi 900 páginas, en donde están intrínsecamente trenzados lo político, lo social, lo cultural con lo clínico y con la ética en sentido amplio, como lo están hoy, aunque se predique generalmente lo contrario, pues este oficio al que nos dedicamos, no es ni aséptico ni desideologizado. Es un libro que retrata como era este país en los años 70 y 80, de dónde veníamos y hacia donde se quería ir. Un libro en el que el marco político e ideológico de sus protagonistas, de izquierdas todos ellos, es fundamental, como lo fue en lo social en este país que aspiraba a ser un lugar mejor para todos, que salía de una dictadura dura y terrible de la que nadie salió ileso, para bien o para mal. Un libro que habla de apertura, de efervescencia cultural, de periodismo de raza con implicación para promover el cambio y dar voz a los que no la tenían o eran ninguneados desde comienzo de la historia, de sindicalismo, de la creación de una formación reglada MIR y PIR, de los primeros movimientos sociales, de mejoras laborales y salariales, de complicidades y alianzas con otros profesionales que habían empezado su reforma en otros países: Italia, Inglaterra, Francia y que colaboraban desinteresadamente con su saber, aportando su experiencia para contribuir a modificar las posiciones hegemónicas discursivas del tardofranquismo que reinaban tanto en lo académico como en lo político-asistencial impregnado de miseria existencial y de ignorancia. Un libro que transmite la riqueza extraordinaria a todos los niveles de ese tiempo, que contrasta con la cadavérica pobreza discursiva actual. Un tiempo donde lo colectivo, la crítica, el debate, la confrontación de ideas, el activismo inconformista y la implicación política, fueron algunas de las muchas virtudes necesarias para realizar el cambio. Habla también de un trabajo duro, plagado de conflictos para mejorar la asistencia, para restablecer los derechos de los ciudadanos, con costes personales y profesionales muy duros, como despidos y exilios forzosos o sanciones, a los que hicieron frente con coraje, valentía y sin victimismo, hoy muy impensables, para llegar a donde estamos.

Se narran también las dificultades, los errores, las contradicciones, las luchas, algunas afrentas y disparidades, los fallos, la gran diferencia de implantación del modelo comunitario que se proponía, según las diferentes CCAA, de lo que quedó a medias, de lo que no se pudo, también de lo que pudo haber sido y no fue, del relevante papel de la AEN, sus avatares e implicación para que todo esto fuese posible. De todo esto y mucho más nos hablan sus protagonistas, además también de cómo estamos hoy y de hacia donde parece que empuja el escenario actual.

Lo he leído con gusto, porque es un tema que me ha interesado desde siempre; conozco a muchos de sus protagonistas, directa o indirectamente, y eso es un aliciente para su lectura. Con algunos me he formado en los años 90 y lo que aquí se cuenta me resulta familiar, fue la atmósfera que envolvía esos años de entusiasta formación. Con esta filosofía de la que dan cuenta en sus relatos, sobre este modo de hacer compartido y respetuoso con los derechos humanos, lo más justo y equitativo posible, me he ido formando. Me han transmitido y enseñado parte de lo que se se de este oficio, con ellos he compartido un momento fundamental de mi vida, profesional y personal. Mis años de residencia en el Hospital del Rebullón (Vigo) fueron muy enriquecedores, me atrevo a afirmar que nuestra formación está a años luz de la actual de modo general en este país y la atmósfera que transmite este texto era la que nos rodeaba a nosotros como residentes impregnados en la filosofía del modo de hacer de la psiquiatría del sector francés.

Todos los testimonios comparten, más allá de las esperables diferencias, derivadas de las diferentes posiciones subjetivas, cuestiones comunes en mayor o menor medida: militancia política, entrega, ilusión, utopía y lucha.

Sabemos que psiquiatría/psicología clínica y conflicto, van de la mano, porque cada vez que se quiere mejorar algo, la mejora se produce por la vía del conflicto con gran resistencia para el cambio, tanto por parte de los distintos colectivos como de lo social y de lo político, porque sobre la locura siempre planea la sombra de la sospecha. Los distintos conflictos relatados (Asturias, Conxo (Santiago de Compostela), Miraflores (Sevilla), las Clínicas de Ibiza (Madrid), Bétera (Valencia)...) y las derivadas que de ellos resultaron en lo clínico asistencial, en lo legislativo y en lo formativo, constituyen eso que se denomina la Reforma Psiquiátrica.

Reforma Psiquiátrica que, en España, es de una extraordinaria complejidad, término polisémico, de gran amplitud y contenido, que puede considerarse incompleta en los objetivos alcanzados, muy avanzada en cuestiones relativas a la mejora de la asistencia y de legislación y pobre en producción teórica sobre lo clínico asistencial, con una vertiente por tanto muy pragmática quizás porque la decadencia asistencial era de un calibre que ensombrecía todo lo demás y a la que había que atajar de inmediato, lo que se planteaba como una tarea compleja que iba a precisar del esfuerzo y del sacrificio de muchos. En muchos lugares los cambios tardaron muchos años en producirse e incluso algunos conflictos se mantienen cronificados en nuestros días.

Todos estos conflictos tuvieron de escenario los hospitales psiquiátricos donde se concentraba el grueso de la atención psiquiátrica y psicológica en condiciones lamentables. El poder psiquiátrico de entonces se dedicaba básicamente a la atención privada y a ocupar los cargos

académicos apoyados por el régimen franquista. Los conflictos estallaron por lo mismo, por un deseo decidido de decir basta, como relata Alicia Roig en su entrevista. Ilusión, desafío al poder establecido, valentía, apoyo mutuo y posicionamiento político activo son algunos de los rasgos de los integrantes de este colectivo *psi* implicado, que iban en la línea de democratizar la atención psicológica y psiquiátrica y de que fuera una realidad el respeto por los DDHH como líneas gruesas claves.

A su vez la Universidad era un lugar políticamente muy activo en el empuje democratizador que era ya un clamor y que participó en las denuncias de los colectivos profesionales de los hospitales psiquiátricos. Los documentos fundamentales que vertebran toda esta articulación para el cambio fueron el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Ley General de Sanidad (1986) y de su análisis se habla ampliamente en todas las entrevistas desde distintos ángulos.

Hay que hacer memoria para hacer historia, y eso exige lectura y relectura, escritura y reescritura, pues sabemos del carácter problemático de nuestra relación individual y colectiva con el pasado, porque somos sobre todo seres históricos, narrados y narradores de relatos, con los que construimos el mundo, nuestro singular mundo y el compartido; relato compartido que precisa de “una política de la justa memoria”, porque estamos ante una historia compleja que precisa aún de muchas vueltas para estar bien narrada, y este es un buen intento, pues también hay mucho relato que la minimiza, la desdibuja o la ningunea, pretendiendo dejarla en mera anécdota, en una historieta de nostálgicos hippies de los 80, demasiado politizados frente al tiempo actual del todo “ciencia y técnica” que avanza “hacia el progreso” imparabile, desentendida de otros saberes más que necesarios, chata e infectada de lo médico a ultranza, en un tiempo de discurso capitalista feroz que fagocita subjetividades y promueve el individualismo, la píldora, y el psicologicismo ramplón y barato de protocolo, con recetas de quita y pon, sin mucho constructo teórico más bien de tipo pedagógico conductual.

La memoria, que ni es objetiva, ni presume de eso, sí aspira a una cuota de verdad, a un buen tratamiento simbólico de lo acaecido, que es tan imprescindible para la buena salud de una cultura democrática como lo puede ser un buen conocimiento.

Estamos por tanto en un relato coral, que aspira a una cierta verdad esclarecida entre todos los participantes, con sus luces y sombras, sobre un tiempo compartido que ha sentado las bases en las que estamos, y que amenaza desde hace tiempo con desintegrarse a pasos agigantados, una forma de destrucción lenta, sin prisa, pero sin pausa, favorecido por intereses mercantilistas. Es por tanto el texto un ejercicio de memoria histórica construida del relato de parte de sus protagonistas, todos ellos relevantes en la historia de la atención a la salud mental en este país.

Quizás haya una cierta obligación ética de transmisión generacional, que infunda y enriquezca, el sentido de lo que fue y supuso este periodo, como Manuel y Begoña dicen en el estupendo prólogo que inaugura el texto. Es muy deseable, que el libro esté vivo leyéndose. Produce una cascada de reflexiones, nos mira, nos lee y nos interpela. Siempre es posible dar un paso más. Es más, hay que darlo. Habéis hecho mucho. Queda mucho por hacer, gracias a tod@s por creer en lo imposible.

Chús Gómez
Psiquiatra
Ourense (España)

Xóchitl Frida: “pinto con dolor y mucho amor”

Iñaki Markez

Ekimen editorial, 2022

La vida asomada a la pintura

Xóchilt, el apelativo cariñoso con la que el padre se dirigía a su hija Frida Khalo, es el término elegido por Iñaki Markez para dar título al texto con el que se asoma al río de la vida de la pintora mexicana. Xóchilt, flor en la lengua náhuatl, recoge en la rudeza del timbre al pronunciarla en castellano y la delicadeza de su significado, las texturas por las que discurrió la vida de la artista.

Aunque el libro es mucho más que la vida de Frida. En él late la impetuosa historia de México a lomos de la revolución, un país extenso, rico e intenso impelido a la lucha por la justicia, dispuesto a acoger ideas y personas que permitieran proyectar la esperanza de un mundo mejor desde un mundo nuevo a la búsqueda de la propia imagen.

Y también es un compendio de los movimientos artísticos de principios del siglo veinte desembarcando en México mientras el muralismo autóctono busca en su poderosa expresión artística dar aires a la revolución y sus cambios sociales al tiempo que contribuye a la educación de una población con unas elevadísimas tasas de analfabetismo. Destacado muralista, enérgicamente comprometido con los afanes revolucionarios, personalidad seductora y controvertida, fue el marido de Frida, Diego Rivera.

Pero el libro de Iñaki también es un espléndido mosaico de la vida social, profesional e intelectual mexicana tejida alrededor de Frida Khalo y Diego Rivera, con muchos protagonistas de fuera de México donde la figura emblemática de Trotski destaca tanto por sus cualidades personales como por lo que representa.

No obstante, es la vida de Frida el hilo conductor del relato, cimentado en una combinación acompañada de prosa e imágenes. Así, las abundantes fotos y documentos que jalonan el libro, además de las reproducciones de la práctica totalidad de las obras de la autora, aparecen alrededor de los acontecimientos narrados dando por resultado una ajustada representación visual de cada momento vital. Iñaki nos presenta la vida de Frida desde la curiosidad, el respeto y la erudición imprescindible para poner en relación personajes e historia.

El libro recoge en 291 páginas la vida de Frida en 11 capítulos, precedidos de una reflexión sobre las experiencias corporales, tan intensas en la vida de la pintora, bajo el título “Introducción al cuerpo”, y seguidos de otra acerca de la creación artística, titulada “¿Siempre es creativo el arte?” Finaliza con una extensa bibliografía. Todo ello prologado por Amaia Lertxundi.

En los sucesivos capítulos nos cuenta la infancia y juventud, el desafortunado accidente que condicionará toda su vida, los primeros amores, la fascinación por Diego Rivera y su apasionada y agitada relación, la maternidad fracasada, la obra artística de Frida, sus amigos y relaciones amorosas, los viajes a Europa y Estados Unidos, Trotski y su influencia y, finalmente el deterioro de su salud con unos meses previos a la temprana muerte vividos con un intenso sufrimiento, tanto, que buscó el final de la vida como un alivio.

Así pues, la Frida de Iñaki contiene todos los arquetipos. “Hay quienes la recordarán – dice– por sus pinturas, por la vitalidad frente al dolor o por sus pasionales amores, quizá por su repercusión en el arte y la cultura mexicana desde su realismo mágico y, cómo no, en el feminismo internacional”. No obstante, en el libro los prototipos se desvanecen en los contornos de un ser humano existiendo su vida.

Una existencia en la que el cuerpo alcanza y proyecta un enorme protagonismo, captado por la sensibilidad del autor en sus diferentes dimensiones. Estamos, escribe en las primeras páginas, “ante un cuerpo matrioshka escondido dentro de otro cuerpo y este, a su vez, dentro de otro, y otro, y otro. El cuerpo roto, bello y organizado, vive en el cuerpo creativo y solidario; y este en el integrado por quien tanto sufre y ama, en ocasiones con amistades pasionales. Un mismo cuerpo integrando otros cuerpos”.

En fin, el libro es un relato de la palpitante vida de Frida Khalo en la que brilla con luz intensa la humanidad del personaje fruto de la habilidad del autor para regalarnos, como dice Amaia Lertxundi en el prólogo, “este bello paseo por su vida y obra, con retrato psicológico de la artista íntimo y personal, sin tabúes, con respeto, con conocimiento y con libertad”.

Pedro A. Marina González

Psiquiatra

Asturias (España)

MALESTAMOS. Cuando estar mal es un problema colectivo

Javier Padilla y Marta Carmona

Capitán Swing, 2022

En su librería de referencia Luis leía la solapa de la portada del libro, donde cuentan los créditos de los autores. Vio dos nombres propios y un término que desconocía. Los nombres eran los de una poeta argentina —Pizarnik—, y el de uno de los fundadores de la medicina social —Virchow—, según el resultado de su búsqueda apresurada en la web. El término —steampunk— sólo le sonaba a música y lo que encontró en la red de redes lo confundió más. ¿Retrofuturismo psiquiátrico? Para presentarse le parecía natural citar a popes de la medicina social, incluso apelar a la sensibilidad poética. Pero la relación entre ese movimiento artístico y cultural derivado de la ciencia ficción y la salud mental se le escapaba. Esa conexión no encontrada se le atragantó. Para que el aire volviera a fluir sin problemas Luis creyó recordar ciertos encuentros entre la contracultura, el teatro, el cine, y la salud mental, en los tiempos de las reformas psiquiátricas de los años 80. Eso le calmó un poco. ¡Los años 80! Los autores del libro habían nacido precisamente en esa época. Dudó de nuevo si ese libro sería para él. Si ya en la portada se sentía desplazado temía que el texto le echara en cara sus carencias. Se lo habían recomendado, tenía buena pinta, tocaba leerlo, así que se decidió y se lo llevó a casa.

Ya cómodamente instalado en su sillón de orejas se zambulló en la lectura y se dio cuenta de que la música le sonaba. Sólo que, ahora se daba cuenta, en el centro de la atención está la generación Z, abanderada de la salud mental. Ellos visibilizan los problemas mentales, sometiéndolos al debate público. Bueno, no exactamente los problemas mentales, si no algo denominado “malestar”. El malestar es como el signo del tiempo presente. Estamos cansados, fracasados, hipervigilantes, exprimidos para rendir. Las expresiones individuales de estas dinámicas sociales llevan a la gente a buscar ayuda en lo *psi* (psicofármacos a tutiplén y psicoterapia a cuentagotas). Por supuesto que estas respuestas individuales suponen despolitizar y descontextualizar las consecuencias personales de las condiciones socioeconómicas, coincidió Luis, pero también se crea una buena ocasión de negocio. Recordó la frase “La salud mental es un mercado bajo el régimen de la “libre” competencia”.¹

1 Castel F, Castel R, Lovell A. La sociedad psiquiátrica avanzada. Barcelona: Anagrama; 1980. p. 297.

Y dedujo que ya estaban de lleno en la sociedad psiquiátrica avanzada que anticipaban Castel y Lovell: “Una sociedad psiquiátrica avanzada ... una organización de la existencia cotidiana en la cual las técnicas de manipulación de los hombres, para las que la medicina mental ha sido, generalmente, tierra natal, y vector en expansión, se hagan coextensivas a toda la vida social”.² Se removió en el sillón. Apretó los párpados para relajar los ojos, o quizás como para no querer ver. MALESTAMOS lo deja claro: los acercamientos *psi* sobredimensionan la capacidad individual de cambiar contextos, dan una respuesta individual y tecnocrática a los problemas mentales y dejan de lado la violencia estructural del sistema económico. Conclusión: no hay psicoterapia ni psicofármaco válidos para los esclavos modernos, a menos que sirvan para perpetuar el status quo.

Hombre, se dijo Luis, está claro que las circunstancias socioeconómicas marcan la salud mental de las personas. La cabeza se le fue a la escalofriante conclusión que había leído hace unos días acerca de que la prevalencia de los problemas mentales es dos veces más alta en las sociedades desiguales que en las homólogas más igualitarias.³ Hacer psicoterapia en este contexto sería como intentar vaciar el mar a base de calderos playeros, reflexionó. Además, llevaba unos días algo meditabundo porque se había enterado que desde los años ochenta —cuando su generación andaba empeñada en cerrar manicomios y crear centros de salud mental públicos y comunitarios (esta palabra le hace sonreír socarronamente)— el consumo de psicofármacos aumentó un 400% en el Reino Unido.⁴ Y al parecer España está a la cabeza de Europa en consumo de psicofármacos, y Asturias a la cabeza de España. ¡Qué desastre! ¿Qué hemos hecho? Apartó esos pensamientos y se centró en lo que Padilla y Carmona proponían para afrontar la situación. ¿Cuál sería la acción adecuada en estos momentos? Leyó que proponían promover la Indicación de No Tratamiento, y se imaginó las confrontaciones derivadas de esta sensata indicación. Aunque Luis entiende que, según los autores, lo ideal sería controlar la narrativa social, cambiar el relato individualista del sufrimiento, contextualizar el malestar, colectivizarlo. Sindicato y terapia pueden convivir en este escenario y al tiempo mejorar la vida. Le gustaron esas ideas, dignas de un empeño épico. Pero, ¿qué es una buena vida? Los autores apuestan por la igualdad y la cohesión social como valores de referencia. Para vivir mejor la sociedad debe regirse por el igualitarismo, crear infraestructuras sociales que posibiliten otra forma de relacionarse, generar espacios y desarrollar entornos que socialicen, promoviendo el arraigo. Sin olvidar la igualdad de género y la redistribución sexual del trabajo, tanto de los cuidados formales como informales, así como el trabajo doméstico.

2 Castel F, Castel R, Lovell A. La sociedad psiquiátrica avanzada. Barcelona: Anagrama; 1980. p. 301.

3 Wilkinson R, Pickett K. Igualdad. Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo. Madrid: Capitán Swing; 2019.

4 Davies J. Sedados. Como el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental. Madrid: Capitán Swing; 2022. p. 200.

A Luis le fascinaba cuando hablaban de pasar de lo individual a lo colectivo y viceversa. Viajar de una dimensión a otra, sería genial. Y muestran ejemplos. El 8M sería una acción colectiva que ayuda en malestares individuales a todas las sufrientes del machismo. O acciones individuales que favorecen reparar malestares colectivos, como el caso Nevenka, que puso en el candelerero el acoso sexual en la política —aunque Nevenka tuvo que emigrar del país, podrían haber recordado—. Sea como fuere coincidía con los autores en la apuesta por lo social, no se podía seguir con esta hiperinflación psicológica. Tenía muy presente que “lo psicológico está convirtiéndose en lo social de un mundo sin social”⁵, pues su temor siempre fue el control social ejercido a través de lo *psi*, el nuevo orden post-disciplinario: “Se trata de no solo de mantener un orden social o psicológico corrigiendo sus desviaciones, si no de construir un mundo psicológico o social ordenado trabajando el material humano; no solo para reparar o prever deficiencias sino programar la eficiencia. Este sería el orden post-disciplinario... que pasaría por la organización y el control del factor humano en función de las nuevas figuras que adopta la necesidad social”.⁶ Pasan los años y seguimos en las mismas, pensó. Bueno, este libro revela que hay grupos, personas, pensamientos, ideas y ganas de cambiar las cosas, se rebatió a sí mismo.

Cerró el libro satisfecho de haberlo leído, se apoyó en la orejera izquierda y se durmió. Soñó con otro libro que alguien escribiría sobre otros malestamos. Los silentes arrinconados encerrados rebotados con discursos fragmentados simbólicos incomprensibles bizarros desestructurados disruptivos esperaban un eco.

Andrés Cabero Álvarez
Psicólogo Clínico
Asturias (España)

5 Castel R. La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama; 1984. p. 194.

6 Castel R. La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis. Barcelona: Anagrama; 1984. p. 221.

Psicologización, pobreza mental y desorden neoliberal. Escritos y entrevistas. Vol. I.

Guillermo Rendueles

irrecuperables, 2022

Ensayos para una psiquiatría crítica

¿Cómo ha cambiado la psiquiatría española desde la Guerra Civil hasta el momento actual? ¿Qué hitos jalonaron la lucha psiquiátrica que logró el cierre de los manicomios en España? ¿Qué transformaciones ha sufrido la atención sanitaria a la salud mental en los últimos 40 años? ¿Qué modelo de psiquiatría dejamos atrás y en qué paradigma de asistencia nos adentramos? Todas estas preguntas y muchas otras tienen respuesta en este libro.

La obra de Guillermo Rendueles pivota sobre dos ejes temáticos claramente identificables, si bien indisociables y en continua interconexión. Por un lado, estaría el eje de la psiquiatría (la salud mental) y, por otro, el de la crítica y la propuesta socio-política; lo individual y lo colectivo; el yo y el nosotros, la mente y la vida.

Desde su trabajo “En la muerte de Erich Fromm”, artículo publicado en 1980, hasta “A contracorriente: La recepción de la obra de Carlos Castilla del Pino en la psiquiatría española”, publicado en 2009, el libro que reseñamos reúne 25 textos, entre escritos y entrevistas, que ilustran el pensamiento psiquiátrico y social de Guillermo Rendueles. Se trata de un autor comprometido en lo social y prolífico en lo intelectual que nos ayuda a entender la psiquiatría asturiana y española de los últimos 40 años.

2 El DSM-III constituye un intento científico-institucional de refundación de la psiquiatría occidental herida científicamente desde los años 70. Esta revitalización se gestaría a base de constituir una psiquiatría de superficialidad empírico-sintomática y de abandonar la profundidad teórico-clínica que la había conformado hasta entonces. La base teórico-clínica profunda procedía del psicoanálisis y de la fenomenología, fundamentos que quedaron barridos por una nueva psiquiatría pragmática supuestamente basada en la evidencia y falsamente ateórica. Esta nueva psicopatología de recuento de síntomas borraba las fronteras ontológicas entre reacciones vivenciales anormales y enfermedad (trastorno) y creaba un nicho propicio para el etiquetado diagnóstico de cualquier tipo de malestar y para el triunfo de una farmacoterapia emergente. El lema terapéutico a partir de los 90 sería: ¿para qué perder el tiempo comprendiendo el sentido existencial de lo que le pasa a una persona si tenemos un método eficaz para quitarle los síntomas? Eso sí, esta práctica salutífera, aparentemente eficaz, que daba la espalda a la hermenéutica biográfica del sufrimiento en favor de soluciones químicas inmediatas (la biología por la biografía), nunca mostró demasiado interés ni por los problemas reales de las personas que sufrían ni por la cronicidad a que abocaba las soluciones que ofrecía.

Su análisis histórico-crítico de la psiquiatría española pone de relieve las siguientes cuestiones: en lo social avanzamos irremediablemente hacia la disolución de los vínculos comunitarios y el entronizamiento del individuo; en el terreno ético triunfa el utilitarismo y el cálculo egoísta, en la axiología gana de goleada el emotismo subjetivista, en lo económico el neoliberalismo campa a sus anchas desplegando sus afilados colmillos sin oponentes visibles. Todas estas trayectorias configuran un campo material de sinergias que produce multitud de miserias, malestares y padecimientos psíquicos frente a los cuales los individuos, ahora solitarios y desconectados, buscan incansablemente apoyo y consuelo en las consultas de salud mental. Este es el escenario que se revela tras su análisis. Y, sin embargo, a pesar de todo ello, en la reflexión de Guillermo Rendueles hay espacio para la resistencia y la esperanza.

Muchos son los cambios que se han producido en la atención a la salud mental desde la reforma psiquiátrica. Así, “los procesos de fragilización social y mercantilización de las últimas décadas han convertido los centros de salud mental en el único lugar de escucha para las víctimas de la malaria urbana cotidiana” (p. 11). Espacios vividos como refugios de un mundo despiadado y despiezado que coinvierten los malestares biográficos colectivos en historias clínicas individuales. Poco a poco la práctica psiquiátrica deviene en un “coche-escoba” (p. 11, 551) que recoge a quienes se quedan atrás y da respuesta a los malestares cotidianos, normalmente desactivándolos, ya sea bajo la forma de la medicalización del sufrimiento o de la gestión emocional del mismo.

La publicación en 1980 del DSM-III por la Asociación Americana de Psiquiatría² —una suerte de refundación de la psiquiatría a base de psicopatología neokrapeliniana de consenso (a mano alzada)—, la colonización de la salud mental por parte de la industria farmacéutica, y otros muchos factores sociales tales como la “psicologización, la pobreza mental y el desorden neoliberal” (título del libro que reseñamos), hicieron fraguar, a finales del XX, una práctica psiquiátrica posmoderna que tiene como principal seña de identidad el convertir casi todo malestar vital-biográfico en un trastorno mental susceptible de tratamiento. De ahí se deriva un fenómeno social muy actual y poco reflexionado, pero de efectos asistenciales bien reales, que es que el deseo de recibir ayuda *psi* se acaba convirtiendo en el principal criterio regulador de la derivación a los sistemas de salud mental. Se ha pasado de un “yo no estoy de psiquiatra, estoy aquí porque me ha mandado el médico de cabecera” (p. 425) a una especie de *cómo es que yo no tengo un psicólogo que me ayude a gestionar mis emociones*. Este es el paradigma en el que estamos instalados asistencial y culturalmente. Cuestionar que no todo malestar debe ser sostenido por los servicios de salud mental no implica que el autor niegue la necesidad y el deber de ayudar a las personas que sufren. No se trata de eso. Se trata de darse cuenta de que las ayudas *psi*, basadas en la desactivación del malestar, pueden estar invisibilizando o camuflando, y a la larga legitimando, formas de vida y contextos de vida problemáticos que en muchas ocasiones constituyen ellas mismas la base material-existencial de dichos malestares.

De las formas precarias de vida y de los contextos de vida problemáticos se pasa a una suerte de naturalización biomédica (científica) del sufrimiento que pide diagnóstico, medicación y pautas de gestión emocional. La pregunta “¿Doctor, padeceré moobing?” (p. 517) da per-

fectamente cuenta de esta peligrosa deriva hacia lo mental-individual que oculta el drama social y diluye las dimensiones de agencia y responsabilidad.

El autor defiende que el cierre de los manicomios tuvo como resaca una psiquiatría posmoderna que en la actualidad puede estar cumpliendo la función de tutelar las dimensiones subjetivo-emotivas dañadas de la servidumbre neoliberal. Asistimos a una sustitución de los saberes compartidos basados en el apoyo mutuo y las prácticas comunitarias por un saber cientificista (pontifical) auxiliado por una tecnología sanitaria que afila la solución individualista del sufrimiento humano mientras opaca la realidad sociopolítica que vulnerabiliza y lastima existencialmente a las personas.

Este nuevo escenario asistencial es llamado por Guillermo Rendueles “contrarrevolución psiquiátrica” (p. 502). Se refiere a una nueva psiquiatría (salud mental) que lejos de profundizar y extender la crítica y la lucha contra otras instituciones disciplinares generadoras de opresión y miseria humana se fue acomodando en despachos al tiempo que elegía ignorar las profundas conexiones entre el funcionamiento de las residencias de mayores, las cárceles y los cuarteles con la lógica y práctica manicomiales (como ya señaló Goffman en su análisis de las instituciones totales).

A 40 años del inicio de la reforma psiquiátrica en Asturias es pertinente volver la mirada atrás y recordar, con sentido crítico y altura histórica, de dónde venimos, rendir homenaje a quienes con su esfuerzo, tesón y compromiso hicieron posible el cambio, así como repensar, analizando lo que tenemos en la actualidad, las luces y sombras del programa de la reforma de la psiquiatría española de los años 70.

Este libro nos invita a mantener viva la llama crítica y transformadora de autores tan importantes como olvidados. Entre ellos ocupan un lugar especial en el pensamiento de Guillermo los siguientes: Basaglia, Foucault, Goffman o Castilla del Pino, entre muchos otros.

Recomendamos vivamente leer este interesante libro no solo para conocer el pensamiento crítico de su autor, sino también para comprender la transformación que ha sufrido la psiquiatría española desde el tardofranquismo hasta la actualidad y para repensar hacia dónde vamos.

Esperamos que su lectura, serena y reflexiva, ayude a abrir el debate, tan necesario en estos tiempos de emotivismo posmoderno —el emotivismo posmoderno oblitera toda argumentación racional cuando advierte que las razones que se ponen sobre la mesa no comulgan con las emociones que se ocultan bajo ella (una nueva sofística erística frente a la dialéctica)—, en torno a cuestiones tan importantes como qué sistema de salud mental tenemos que desarrollar para ayudar realmente (materialmente) a las personas que sufren psíquicamente y qué modelo de sociedad es más propicio para prevenir los problemas de salud mental y potenciar las capacidades propiamente humanas.

Juan García Haro
Psicólogo Clínico
Asturias (España)

IN MEMORIAM

MIKEL MUNARRIZ FERRANDIS¹ (1957-2022)

Infatigable navegante que nunca perdió el Norte

Mikel Munarriz, nuestro último presidente de la AEN, querido colega y amigo de muchos de nosotros, murió el pasado 17 de diciembre tras dos meses en coma por la rotura de un despiadado angioma cerebral que había pasado desapercibido a lo largo de la vida. Había nacido en Bilbao en 1957 para ubicarse después en Castellón, junto al Mediterráneo (“me gusta esta tierra, su lengua y sobre todo su mar” nos dijo en la presentación de su candidatura a las elecciones AEN), con su barco siempre a punto de zarpar y siempre buscando el momento para perderse en el Mediterráneo, a disfrutar del particular silencio del mar adentro, a solas, o compartiendo con las suyas, su mujer, sus dos hijas (le cambiaba el gesto y una inevitable sonrisa surgía siempre que se refería a ellas; también en este aspecto como en tantos otros Mikel tenía la especial capacidad de destilar afectos diversos o de entusiasmo incluso, sin perder un gramo de sobriedad), para dejarse mecer por las olas o a navegar contra corriente según se terciara, como la vida misma “Navegar es lo que mejor sé hacer”, nos dijo en ese mismo documento.

Su mujer y sus hijas, sus fugas al Mediterráneo; fueron el contrapunto –sosiego, disfrute de entrañable atmósfera familiar– a su otra pasión, el trabajo en y por la Salud Mental: el trabajo compartido, en equipo, multidisciplinar y comunitario, por supuesto. Siempre dispuesto a salir al encuentro del otro, ya fuera de quien le solicitara como paciente, ya fuera por reclamo de la compañera de equipo o de algún colega de aquí o de allá, pues tuvo la capacidad de diversificarse en escenarios distintos, siempre concordantes. Tengo en la retina su imagen, machadiana “ligero de equipaje”, mochila al hombro, para caminata o bicicleta y, por exigencias del guion de la AEN, muy a menudo con el pie en el estribo, subiendo o bajando de algún tren.

1 Presidente de la AEN-Profesionales de Salud Mental. (Junio 2015 - junio 2022)

Mikel, que fue amante de la polifonía en los equipos –voces que hablaban desde distintas posiciones de género, de generación, o de rol, de profesional o de experto en primera persona–, en sí mismo en su vida cotidiana era expresión de la polifonía andante, aplicando la nota adecuada en cada escenario: en algún momento en estos últimos años supo conciliar su presidencia de la AEN, con su trabajo como clínico de la Salud Mental Comunitaria, con sus responsabilidades en la Oficina de Salud Mental de la Consellería de Sanitat, y con su implicación en actividades académicas universitarias, donde merece especial mención, una de sus aportaciones genuinas (en colaboración, por supuesto): el Máster de Rehabilitación Psicosocial de la Universidad Jaume I.

Mikel llegó a la presidencia de la AEN después de un intachable recorrido, de años de ejercicio en los servicios públicos de Salud Mental, la mayor parte del tiempo en Burriana, donde se volcó también como tutor de residentes, en ese contexto de intervención en primera fila, de implicarse mediante la palabra y la acción en la defensa de los derechos de los ciudadanos en lo que se refiere a la salud y a la salud mental; al trabajo en equipo, siempre en actitud abierta, dialogante-deliberativa, propiciando la participación. Entre sus aportaciones más señeras y genuinas, me importa señalar además de su contribución a poner en marcha el Máster de Rehabilitación (se celebró el décimo aniversario del inicio del Máster días antes de su muerte), su insustituible aportación a la Guía PARTISAM, cuaderno técnico de la AEN al servicio de argumentar y documentar la necesidad de poner en práctica la participación de usuarios, familiares, ciudadanía, miembros de las redes sociales, en los servicios de Salud Mental. Llegó a la presidencia AEN como un destino natural después de años de implicación y liderazgo en la AEN Valenciana (AENPV), y de participar por tanto como vocal autonómico en la Junta de Gobierno de la AEN, donde se le fue apreciando y queriendo cada vez más, por lo que la propuesta a ser candidato a la presidencia AEN pareció caer por su propio peso. De su implicación en la AENPV, hasta donde yo sé, me parecen de especial interés dos aportaciones importantes: su empeño (Mikel era persistente como pocos cuando perseguía objetivos importantes) en propiciar el que usuarios de servicios, afectados por sufrimiento mental “en primera persona“, se implicaran en el trabajo asociativo en pie de igualdad con los profesionales que formaran parte de la Junta, o de grupos de trabajo; y lo consiguió con la colaboración de sus compas de la “Valenciana”. La otra gran aportación es resaltada por sus compañeras de la AENPV en su reciente texto en su recuerdo (Norte de salud mental 2023; XVIII(68): 130-132) cuando afirman que “Mikel ha sido un *feminista* adelantado a su época; capaz de trasladar a la práctica algunas acciones concretas que en su momento eran novedosas. Una de sus primeras actuaciones al llegar en 2008 a la Presidencia de la AEN Valenciana fue proponer que nos dejáramos de os/as y pasáramos a hablar y escribir en femenino. Éramos bastantes mujeres en la junta y nos despertó una amplia sonrisa; lógicamente, aceptamos”.

De su trabajo como presidente, no es momento de extenderme en ello, pero sí de dejar constancia de que nos dio lo mejor de sí mismo: inteligencia, entrega máxima, sobriedad, rigor (no solo intelectual, también ético y metodológico, si lo podemos llamar así al buen hacer en cada cosa), capacidad deliberativa como pocos (“preferimos los argumentos reflexivos a los titulares, deliberar los asuntos antes de confiarlos a la respuesta rápida y poco meditada, explicar la complejidad y no simplificarla”), la mencionada y peculiar sobriedad, bien conciliada con los afectos y pasiones más genuinas, sus muy buenas maneras (Mikel fue tan radical en el cuidado y defensa de los contenidos como amable con quien los compartía y con quien disentía). Supo mantener su compromiso de tomar distancia de la industria como financiador que podría comprometer la independencia de la Asociación, como vimos que comprometía las de tantas otras asociaciones que bien conocemos, y supo mantener su empeño en propiciar el reconocimiento del derecho efectivo, por la vía de los hechos, de la voz de los afectados “en primera persona”. Junto a ello, una capacidad envidiable para adecuarse a contextos inesperados, como lo fueron los tiempos Covid, con sus confinamientos y las crisis de todo tipo. También ahí supo mantener el tipo y el criterio: no dejó de enfocar sobre el impacto sobre la salud mental de los cambios económicos y sociales de la pandemia y en el valor del apoyo mutuo; y saliendo en defensa de las personas afectadas por las formas más graves del sufrimiento psíquico, advirtiendo del riesgo de dejarlos atrás.

Y sin perder su amable sentido del humor, nos decía en su reciente editorial en la Revista de la AEN, “Compartir la mirada. Siete años desde la AEN (junio 2022 (141) que “la pandemia nos ha dado interesantes escenas. Una imagen magnífica y emotiva de cómo la AEN nonagenaria supo reorganizarse en los primeros momentos desdibujando los límites entre Junta, Secciones y Autonómicas se constituyó un grupo de trabajo que fue un espacio de apoyo y creación, se montaron los webinarios, se redactaron documentos e incluso montamos un curso en las aulas vacías del Palacio de la Magdalena (en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en Santander); algo cambió en aquellos meses”.

Entre su legado, en parte sintetizado en su último editorial en la Revista AEN, tras el fin de su periodo de presidencia, ya citado, me importa destacar que nos recuerda que la “pobreza y las desigualdades tienen mucho que ver con el sufrimiento psíquico, de modo que atajar aquellas es la mejor medida para “tratarlo” y asegurar que se prevendrán más suicidios con una renta básica universal que con legiones de profesionales psicopatologizando cualquier atisbo de desesperanza”.

Que “hemos de ocupar espacios más cercanos a la comunidad que permitan más originalidad entre todos los actores”.

Que “ahora o nunca, hoy es momento de reconocernos como vulnerables y necesitados de apoyo entre nosotras y desde las instituciones en las que trabajamos. Un

reconocimiento que hemos de compartir con las personas con sufrimiento psíquico cuya sabiduría y capacidad de auto organización y apoyo mutuo ha de incorporarse a la práctica, a la gestión, a la formación y a la génesis de conocimiento. Todas estamos juntas en esto”.

“Que cualquier normalidad deseable pasa por el refuerzo del Sistema Nacional de Salud, público universal integrado, multi profesional participativo. Que no funcione cotidianamente al límite de sus posibilidades y que sepa cuidar”.

Que “la AEN es un tesoro (Un colectivo de profesionales tan variado, una posición tan asentada en el ámbito de la Salud Mental y el impulso constante hacia la transformación de la teoría y de la práctica conforman un punto de vista privilegiado)”.

Además, en el mismo texto, vaticina que “El Escorial y su Escuela de Otoño van a ser una palanca revitalizadora”, y asegura que “vamos a contar con personas con experiencia propia como compañeras de trabajo”.

Querido Mikel, grande entre los mejores de los nuestros, por capacidad, inteligencia, voluntad y entrega generosa, vivirás en nuestro recuerdo mientras sea posible, y siempre en la memoria de nuestra querida AEN, y de la Valenciana.

Qué fácil recordarte y añorarte; qué difícil despedirte; tanto que no puedo hacerlo; no del todo, sino despedirte hasta nuestro próximo encuentro, allá en el espacio infinito ¡Hasta siempre, compañero!

Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra

Expresidente de la AEN-Profesionales de Salud Mental

Madrid (España)

CARLOS CAMPILLO SERRANO (1944-2022)

La búsqueda del consenso

Me llegó la noticia de forma inesperada del fallecimiento de Carlos a través de un mensaje de nuestro común amigo Gabriel Sotelo². Carlos Campillo fue un hombre importante en la salud mental de México ocupando cargos profesionales en instituciones prestigiosas como el Instituto Nacional de Psiquiatría (1980-1999) o en la dirección del servicio de psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (2000-2006). También tuvo un papel relevante en el campo asociativo pues fue Presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México y Director del Consejo Mexicano de Psiquiatría. Asimismo, ejerció la docencia como profesor en la Facultad de Medicina de la UNAM. Era una persona querida por su empatía y por su buen hacer para conseguir acuerdos entre posturas diferentes.

Tuve el honor de conocerlo y de compartir sus preocupaciones y deseos para la atención de salud mental de su país cuando estuvo como Jefe de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud de 2006 a 2012 que coincidió con el periodo que ocupé el cargo de asesor de salud mental para Centroamérica, México y el Caribe Latino de OPS/OMS y por tanto la cooperación técnica en salud mental con el país. Era patente su preocupación por buscar una estrategia para mejorar la atención de salud mental de México, pero se encontró con dos obstáculos difíciles de salvar. El primero de ellos, el que una parte de la psiquiatría mexicana se sentía conforme con el sistema basado en los hospitales psiquiátricos que se había desarrollado de manera amplia por todos los estados del país. Le comenté que en 1990 durante la Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención a la salud mental de la Región de las Américas la delegación mexicana “se opuso a la crítica que se hacía del modelo institucional y defendía un modelo donde se proponía la modernización de las instituciones psiquiátricas clásicas”³. La razón que esgrimió fue que los tres psiquiatras que asistieron a Caracas llevaban una orden clara del Prof. Ramón de la Fuente, auténtico líder de la psiquiatría mexicana, de defender el modelo institucional clásico. Esa

2 Director de gestión de servicios en los Servicios de Atención Psiquiátrica de México.

3 Aparicio Basauri, V. La Declaración de Caracas desde la perspectiva europea. *Revista de Salud Mental y Comunidad*. 2020; 7(9): 136-42.

posición tuvo su impacto en el modelo de atención del país y en la falta de avances hacia una atención comunitaria.

Colaboró de forma activa para que México realizara la evaluación de su sistema de atención de salud mental con el apoyo de OPS/OMS mediante el instrumento del WHO-AIMS. Para esta tarea se contó con el apoyo técnico del equipo del Instituto Nacional de Psiquiatría que dirigía Elena Medina Mora. Los resultados de esa evaluación mostraron la situación tan compleja de la atención de salud mental de México⁴; “Del total del presupuesto asignado a la salud, solo el 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese porcentaje, el 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. El eje de la atención de la salud mental se encontraba en el hospital psiquiátrico y existían muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y establecimientos residenciales, así como servicios específicos para niños y adolescentes. El acceso estaba limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de los establecimientos se ubicaban en las grandes ciudades”. El informe hizo visible lo que ya se intuía.

El segundo obstáculo tuvo que ver con la Directora del Consejo Nacional de Salud Mental, Virginia González que lideraba un proyecto denominado Modelo Hidalgo que consistía en la atención en el hospital psiquiátrico de ese estado desde el principio del respeto a los derechos humanos (DDHH). La cuestión es que desde su posición defendía que ese modelo es el que debía implementarse oficialmente en México sin tener en cuenta que era un modelo institucional que no respondía a las necesidades del conjunto de la población mexicana, aunque tenía la virtud de ser respetuoso con la defensa de los DDHH en el entorno del hospital psiquiátrico. Se mostraba muy beligerante con el resto de la atención de salud mental del país. Carlos Campillo siempre buscó con ahínco el consenso para sacar adelante las reformas y mantuvo una relación institucional respetuosa con Virginia González sin que él fuera correspondido de la misma manera. Sé que esto le resultaba doloroso, pero él siguió promoviendo y apoyando a quienes buscaban avanzar en la mejora de la atención en salud mental del país, siempre con el apoyo de Gabriel Sotelo. Recuerdo con cierta nostalgia su capacidad para la conversación que junto a los temas técnicos en muchas ocasiones se derivaba hacia los aspectos tan sobresalientes de la cultura y la antropología mexicanas. Su modo de estar y de compartir me recordaba a los intelectuales de principios de siglo XX que amaban las largas tertulias tras una buena mesa.

4 Berenzon Gon S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basauri V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental de México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. Rev. Panam. Salud Pública. 2013; 33(4): 252-258.

En 2019 el nuevo gobierno tomó una decisión esperada, el cese de Virginia González y comenzó a preparar los cambios legislativos que permitieran avanzar hacia una salud mental comunitaria. Carlos Campillo no los pudo ver, pero al final estos cambios llegaron y en mayo de 2022 se aprobaban las nuevas normas legislativas. México acababa de dar un impulso importante en la atención en salud mental. Carlos forma parte de esa historia y el país se lo reconoció cuando en 2017 le otorgó el premio Ramón de la Fuente Muñiz.

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra
Asturias (España)

YRJÖ ALANEN (1927-2022)

El creador de los programas adaptados a las necesidades de los pacientes esquizofrénicos

El pasado mes de diciembre, a la edad de 95 años, ha fallecido uno de los profesionales más relevantes en el campo de la esquizofrenia en la segunda mitad del siglo XX, en el estudio de la dinámica de estos trastornos, en el avance de las intervenciones y enfoques psicoterapéuticos para su tratamiento y en la planificación de una organización asistencial avanzada para un abordaje global de los mismos.

Nacido en Kurikka, una pequeña ciudad de Finlandia, hizo la especialidad de Psiquiatría y Neurología en Helsinki y trabajó como Jefe de Servicio en el Hospital Psiquiátrico Universitario de Helsinki hasta que con unos cuarenta años obtuvo la Cátedra y la Jefatura del Departamento y la Clínica de Psiquiatría de la Universidad de Turku, también en Finlandia, donde continuó hasta su jubilación en 1990.

En 1955 empezó su psicoanálisis personal y fue uno de los primeros candidatos finlandeses de la IPA⁵ y miembro de la Asociación Psicoanalítica de Finlandia. Su principal interés fue, ya en Helsinki, el estudio psicodinámico y la psicoterapia individual y familiar de las psicosis. En 1958 publicó una estupenda monografía en las Actas Psiquiátricas Escandinavas dedicada a “La madre de los pacientes esquizofrénicos” y posteriormente dedicó otra a “La familia en la patogénesis de la esquizofrenia y los trastornos neuróticos”, a la vez que impulsaba la psicoterapia individual y familiar de los pacientes y la formación y aprendizaje de todo el personal. Creó en Turku el primer programa de formación multi-profesional en psicoterapia familiar, que llegó a ser muy famoso en Finlandia. En los años 1959 y 1960 estuvo en Estados Unidos, en la Universidad de Yale, con un programa de investigación con Theodor Lidz, entonces una de las escuelas pioneras en la investigación y la terapia familiar de los pacientes esquizofrénicos.

En 1971, Alanen organizó en Turku el IV Simposio Internacional de la ISPS⁶, y fue miembro de la ejecutiva durante muchos años, uno de los principales impulsores de esta sociedad,

5 IPA: Asociación Internacional de Psicoanálisis.

6 ISPS: Asociación Internacional para el abordaje psicológico y social de las psicosis

y quien nos invitó e introdujo en la sociedad en Estocolmo en 1991. Luego creamos la ISPS ESPAÑA, tras la organización en Madrid del XV Congreso de la ISPS, en los que se conmemoró el 50º aniversario de la sociedad. <http://www.isps.org/index.php/about/history> .

Pero lo que hizo de Alanen una figura excepcional en el campo de la Psiquiatría fue el coraje con el que abordó los cambios asistenciales para una mejor atención de los pacientes psicóticos, primero con el *Turku Schizophrenia Project*, que luego generalizó a todo el país con el *Finnish National Schizophrenia Project* con mucha repercusión también en otros países escandinavos. Un abordaje global, farmacológico y psicoterapéutico, de los pacientes psicóticos, con equipos de atención precoz, desinstitucionalización y atención domiciliaria y ambulatoria, y con programas adaptados a las necesidades de los pacientes, con formación e implicación psicoterapéutica de todos los profesionales de los servicios en las intervenciones y psicoterapias individuales y familiares de todos los pacientes. Estos programas fueron ampliamente evaluados en sus resultados con una mejoría considerable en el pronóstico de los pacientes, en la desinstitucionalización de los hospitales y en la transformación de la cultura asistencial respecto a las psicosis, que ha repercutido, más allá de Finlandia y los países escandinavos, en muchos lugares del mundo.

También en España, que visitó en numerosas ocasiones, influyó en muchos profesionales dedicados a este campo. Algunos de sus libros están traducidos al español y se pueden descargar gratuitamente http://www.cursoesquizofrenia.com/castellano/nuestros_libros.html .

Son una fuente continua de enseñanzas sobre las psicosis y su tratamiento, escritos con la lucidez y la experiencia de quien , con gran brillantez, ha dedicado su vida a la investigación de la esquizofrenia, a la práctica psicoterapéutica específica de estos trastornos y a llevar a cabo con buen fin múltiples iniciativas de reorganización asistencial en favor de los pacientes.

Manuel González de Chávez
Psiquiatra
Madrid (España)

FRANCO ROTELLI (1942-2023)¹

El heredero de Basaglia

Este 16 de marzo fallecía, a los 80 años, Franco Rotelli en Trieste (Italia). Había nacido en Casalmaggiore (Provincia de Cremona) en 1942. La prensa italiana le señala como uno de los líderes de la reforma psiquiátrica italiana e incluso le han apodado “Il braccio destro di Franco Basaglia”. Su relación con Basaglia y con la experiencia de Trieste comenzó en la década de los 70. Franco Basaglia antes de esta experiencia de Trieste había dirigido la transformación del Hospital Psiquiátrico de Gorizia. De esta última vivencia surgió uno de los textos claves de F. Basaglia y su equipo “La institución negada” (publicado en España en 1972) donde defendía la necesidad de terminar con las instituciones psiquiátricas clásicas que habían excluido a los enfermos mentales de la sociedad y promulgaba que lo primero para iniciar un proceso de rehabilitación era apoyar la recuperación de los derechos de los enfermos mentales y su estatus de ciudadanía. Ese texto fue uno de los fundamentales para la “generación democrática del 72” de la psiquiatría española que desde la clandestina Coordinadora Psiquiátrica luchaba en los 70 por mejorar la situación de la atención en salud mental en España. Rotelli fue un firme defensor de estas ideas plasmadas en el proyecto de desinstitucionalización de Trieste. En 1987 escribía en la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) sobre la desinstitucionalización que “está basada en la utilización de los recursos y de los problemas internos de la estructura en descomposición, para construir pieza a pieza las nuevas estructuras externas”. Junto con Basaglia y el movimiento de Psiquiatría Democrática italiana impulsaron los cambios legislativos que dieron lugar a la Ley 180 de 1978 por la que Italia daba fin a los hospitales psiquiátricos y regulaba los tratamientos sanitarios obligatorios. A partir de 1979 y hasta 1995 dirigió el Hospital Psiquiátrico de Trieste.

La relación con España fue intensa desde la década de los setenta gracias a los contactos entre el movimiento italiano de Psiquiatría Democrática y la Coordinadora Psiquiátrica de España. Con la llegada de la democracia a España la relación continuó por medio de la AEN. En 1980, Rotelli había acompañado a Basaglia, en la última visita que este realizó a

¹ Franco Rotelli es miembro de honor de la Asociación Asturiana de Salud Mental.

España poco antes de su fallecimiento. Ambos participaron en unas Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en Girona. Rotelli disertó sobre “la experiencia de Trieste”. Con el comienzo de la reforma psiquiátrica de 1985 en España, los servicios de salud mental del Principado de Asturias y de Andalucía establecieron una relación estrecha de colaboración con los servicios de salud mental de Trieste que dirigía Franco Rotelli. En 1991, acompañó a Franca Ongaro Basaglia a Oviedo para participar en la inauguración de un pequeño monumento que se levantó en homenaje a Franco Basaglia en los jardines del Hospital Psiquiátrico Regional.

Su espíritu emprendedor le motivó para apoyar la cooperación internacional en los lugares donde se promovían cambios de la atención de salud mental. Con este impulso Trieste bajo la dirección de Rotelli colaboró durante años en la reforma de la salud mental en República Dominicana y en la difusión de las ideas de protección de los derechos humanos de las personas que eran usuarios de los servicios de salud mental. Su equipo estableció una relación intensa con los equipos de cambio en Argentina, Brasil, Chile, pero también en otros lugares de Europa como fue el apoyo a consolidar una atención comunitaria de salud mental en Kosovo junto a los servicios de salud mental de Asturias y de Birmingham bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Solía decir que el trabajo en salud mental debía estar centrado en las necesidades y expectativas de los ciudadanos y evitar que las expectativas de los profesionales pudieran distorsionar ese objetivo.

Tras la experiencia de Trieste dio el salto a responsabilidades sanitarias y en 1998 pasó a ser director de la Azienda Sanitaria de Trieste y en el periodo 2013-2018 Presidente de la Comisión de Sanidad y Política Social del Consejo Regional del Friuli Venezia Giulia. Hoy todos aquellos que trabajamos en la transformación de la atención en salud mental de muchos países lloramos su pérdida. Las palabras de Benedetto Saraceno, ex-director de salud mental de la OMS, resumen estas emociones; “Tendremos que aprender a hacer sin Franco y la única manera de honrarlo será seguir transformando diariamente haciendo el bien en inteligencia, libertad, cariño, justicia”.

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra
Asturias (España)

NOTICIAS BREVES

Fallece el psiquiatra Alfredo Díaz González (Asturias)

El 6 de agosto de 2022 ha fallecido el psiquiatra asturiano Alfredo Díaz González a los 86 años. Los últimos años antes de su jubilación había trabajado en el área sanitaria de Avilés (Asturias). Alfredo había participado en la primera reforma psiquiátrica de Asturias que terminó bruscamente en 1972, durante la dictadura, con un importante despido de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo, entre ellos 28 psiquiatras. Tras el despido buscó trabajo en el ámbito privado hasta que a principios de la década de los noventa volvió a incorporarse a los servicios de salud mental de Asturias. En 2010, comentaba con convencimiento que Asturias estaba a la cabeza de la psiquiatría.

Nota de la Asociación Asturiana de Salud Mental en la despedida de Esperanza, secretaria administrativa de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (Mayo 2022)

Desde Asturias con agradecimiento

Ha llegado el momento de una despedida, que solo es laboral pues han sido muchos años de compartir las vicisitudes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Profesionales de Salud Mental) y eso ha forjado una relación de amistad que no termina en el acto de la jubilación. Sabemos que por el desarrollo de tu trabajo durante este largo periodo te has convertido en la memoria viva de nuestra asociación y que guardas con tu amable discreción todos los entresijos de nuestra historia reciente. Estos años, los y las que vivimos en la periferia de este país sabemos que hemos contado con tu eficacia en la resolución de los temas administrativos y logísticos que te hemos planteado y es muy de agradecer que lo has hecho con la empatía que te caracteriza. Desde Asturias desearte lo mejor y que disfrutes en esta nueva situación de tranquilidad y de relax. No nos olvides, nosotros siempre te recordaremos con añoranza.

1 Asturias, pionera en el estudio de la mente. La Nueva España (31/03/10).
<https://www.lne.es/oviedo/2010/03/31/asturias-pionera-estudio-mente-21367985.html>

Acceso extraordinario al título de especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (España)

El pasado 6 de julio de 2022 se publicó en el «BOE» la sentencia de 9 de junio de 2022, de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, que declara estimar parcialmente el recurso contencioso administrativo número 397/2021 contra el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.

A través de dicha sentencia se declara la nulidad de los siguientes incisos de la letra b) del apartado primero de la disposición transitoria primera: «[...] la acreditación de trayecto formativo [...]», «[...] y hayan realizado durante su programa formativo el trayecto A en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, al amparo del programa de la especialidad aprobado por Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre [...]».

Es por ello que **se abre un nuevo plazo de presentación de solicitudes** aplicable exclusivamente a la vía prevista en el apartado 1b de la disposición transitoria primera del Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto. Fecha límite las 0:00:00 horas del **7 de abril de 2023**.

Brasil: Río de Janeiro cierra el último de sus hospitales psiquiátricos

En octubre cerró la última unidad del ahora extinto complejo psiquiátrico **Juliano Moreira**, el que fuera uno de los mayores psiquiátricos de Brasil. Era el último manicomio que funcionaba en la segunda mayor ciudad brasileña y que llegó a contar hasta con más de 5 mil internos. El cierre fue promovido por la propia alcaldía de la ciudad más emblemática de Brasil en el marco de un proceso de “desinstitucionalización” de los pacientes psiquiátricos. Unos se reincorporaron a la residencia de sus familiares, otros pasaron a pequeñas casas de acogida y terapia y algunos fueron incentivados a vivir solos. Muchos pasaron a recibir subsidios para ayudarles en su sostenimiento. El cierre de la unidad **Franco da Rocha**, como era conocida la última unidad que quedaba en operación del **Juliano Moreira**, supone un abordaje en la superación de los manicomios del país. Esta estrategia es producto de un movimiento que surgió en la década de 1970 para reformar y humanizar los tratamientos psiquiátricos.

Universidad Nacional de Entre Ríos (Argentina): Curso Internacional de Salud Mental, Legislación y Derechos Humanos

El Curso de Posgrado Internacional en Salud Mental, Legislación y Derechos Humanos dictado por la Universidad Nacional de Entre Ríos, es el resultado de la colaboración

entre la misma y la Indian Law Society (ILS) de Pune, India. Cuenta con el apoyo técnico y científico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Surge para dar respuesta a la necesidad de capacitación y formación en el conocimiento y la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNCRPD), la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y otras Normas y Acuerdos Internacionales. El Curso busca de tal manera proveer a los y las candidatos/as, instrumentos internacionales y regionales en cuanto legislación, las políticas nacionales de salud mental, los programas, la organización de los servicios y las prácticas de salud a nivel individual, familiar y colectiva. El Director del curso es el Dr. Hugo Cohen (psiquiatra y salubrista) y el curso da inicio en marzo 2023.

Centenario (1924-2024) de la AEN-Profesionales de Salud Mental

La Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de la Salud Mental fue fundada por un grupo de neuropsiquiatras españoles en diciembre de 1924. Desde su fundación y con el paréntesis de la guerra civil (1936-1939) y los primeros años de la postguerra ha representado el esfuerzo por transformar la realidad de la atención de salud mental en el país bajo el prisma del respeto a los DDHH y buscando responder a las necesidades de los ciudadanos con eficiencia, calidad y ética.

Cara a la celebración de este Centenario la Junta Directiva de la AEN ha nombrado una comisión para gestionar las actividades específicas que se van a programar entre 2023 y el próximo Congreso Nacional de la AEN de 2025. Estas actividades deben tener un eje histórico con una temporalidad y recorrido que ayuden a difundir el papel que ha tenido la AEN en la construcción de la salud mental del país.

Los integrantes de la comisión son: Ana Conseglieri (presidenta), Ruth Candela (secretaria), Olga Villasante, Cándido Polo, Ricardo Campos, Rafael Huertas, Víctor Aparicio, David Simón y Oscar Martínez Azurmendi.

Informe sobre el voluntariado en salud mental en España

Este informe publicado por la Confederación de Salud Mental España (2022) analiza el trabajo que hace el voluntariado de esta confederación en España. En la introducción del informe se aporta esta reflexión de Eduardo Galeano “*Mucha gente pequeña, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo*”, y así lo creemos y lo demuestran nuestras voluntarias y voluntarios, cuya labor puede parecer trivial, pero su acción tiene un gran impacto y

supone todo lo contrario. El voluntariado, con su entusiasmo y capacidad contribuye con otra mirada, energía, frescura y fuerza, incidiendo en la realidad social y en el cambio necesario”. El informe completo puede ser visualizado en el siguiente enlace: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Voluntariado-Salud-Mental-2021.pdf>

En memoria de nuestra querida Loles

Recogemos las emotivas palabras de los compañeros y compañeras del equipo de Salud Mental Infanto-juvenil del área de Mieres (Asturias) por el fallecimiento en junio de 2022 de María Dolores Fernández Iglesias; *“Nuestra querida compañera Loles. Desde muy joven desempeñó su trabajo de auxiliar sanitario especializado en Psiquiatría (ASEP) en el Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo y años después en la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Mieres como ASEP y psicomotricista. Fue una dilatada carrera profesional alcanzando después de cuatro décadas la meta de la jubilación. En el desempeño profesional destacamos su profesionalidad, escucha, amabilidad, buen hacer y la ilusión que mantuvo siempre tras muchos años de vida laboral. Con gran interés por la formación permanente y continuada creía y defendía el trabajo en equipo interdisciplinar y comunitario. Priorizaba la escucha y atención a los pacientes y sus familias tanto en el centro como en los domicilios familiares donde se realizaban visitas. Como compañera fue excepcional, generosa, alegre, vital, amaba la vida, una muy buena compañera que nos deja un sinfín de gratos recuerdos. Damos gracias a Dios por tanto bueno que aportó a nuestra vidas, en nuestros corazones siempre tendrá un lugar especial con mucho cariño y gratitud. Descanse en Paz”*.

México: avances normativos hacia la salud mental comunitaria

El presente Lopez Obrador ha firmado un decreto en Mayo de 2022 donde se promueven cambios legislativos para desarrollar en México una atención de salud mental comunitaria donde se da prioridad al respeto a los DDHH de los ciudadanos que utilizan los servicios de salud mental. Asimismo, se señala la necesidad de avanzar en la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos y en el desarrollo de la atención de salud mental en los hospitales generales. Como ejemplo de estos cambios presentamos el art. 73 del mencionado decreto que resumen el espíritu de esta propuesta; **Artículo 73.-** *Los servicios y programas en materia de salud mental y adicciones deberán privilegiar la atención comunitaria, integral, interdisciplinaria, intercultural, intersectorial, con perspectiva de género y participativa de las personas desde el primer nivel de atención y los hospitales generales.*

En el art. 74 se plantea eliminar el modelo asilar; “*Asimismo, para eliminar el modelo psiquiátrico asilar, no se deberán construir más hospitales monoespecializados en psiquiatría; y los actuales hospitales psiquiátricos deberán, progresivamente, convertirse en centros ambulatorios o en hospitales generales dentro de la red integrada de servicios de salud*”.

III CURSO DE PSICOPATOLOGÍA

2 0 2 3

A E N A S T U R I A S

Jornada 1 | Salud mental y mujer | 22 abril

- 10h Presentación del curso y de la jornada
- 10:30h "Acerca del diagnóstico psiquiátrico y la psicofarmacología: Límites y nuevas posibilidades en torno a la significación del malestar subjetivo y su abordaje en mujeres" (Susana Solís Gómez. Trabajadora social)
- 12h "Violencia sexual: trauma y recuperación" (Carmina Serrano. Psicóloga y Psicoanalista)
- 13:30h Coloquio final

Jornada 2 | Un psicoanálisis actual | 13 mayo

- 10h Presentación de la jornada
- 10:30h "Una perspectiva real del trabajo psicoanalítico en salud mental" (Rafael Arroyo Guillamón. Psiquiatra)
- 12h "Experiencia profesional con mirada psicoanalítica en el servicio público" (Margarita López Noche. Psicóloga clínica)
- 13:30h Coloquio final

Jornada 3 | Acerca de "lo comunitario" | 17 junio

- 10h Presentación de la jornada
- 10:30h "Una visión libertaria de la salud mental" (Juan Hernández García. Psicólogo clínico)
- 12h "¿Por qué un modelo comunitario en salud mental?" (Marta Carmona. Psiquiatra)
- 13:30h Coloquio final

Acreditaciones solicitadas:

- Acreditación de Formación Continuada de Profesiones Sanitarias.
- Declaración de Interés Sanitario por la Consejería de Sanidad.
- Acreditación por la Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Salud Mental - Profesionales de la Salud Mental.

Coordinador:

- Álvaro Magdaleno Flórez

Comité Organizador:

- Pedro Alberto Marina González.
- Paz Arias
- Elena Pato Rodríguez.
- Álvaro Magdaleno Flórez.
- Margarita López Noche.
- Juan García Haro.



Inscripciones: www.aenasturias.es

REUNIONES CIENTÍFICAS

XXII Congreso Nacional y III Internacional de la Sociedad Española de Psicología Clínica. ANPIR

“DESBORDANDO MARCOS”

18-20 mayo 2023

A Coruña

anpir2023@orzancongres.com

XXIX Jornadas Nacionales AEN-PSM

“VIDAS DAÑADAS EN TIEMPOS INCIERTOS”

8-10 junio 2023

Segovia

<https://www.jornadasaensegovia2023.com/>

12º Congreso Ibero-americano en investigación cualitativa.

11-13 julio 2023

Lisboa (Portugal)/ online Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

<https://es.ciaiq.ludomedia.org/>

30º Congreso Internacional de Psicología Aplicada.

Asociación Internacional de Psicología Aplicada, IAAP.

24 -28 julio 2023.

Beijing (China).

<https://www.icap2023.com/>

IPA 53rd Congress Cartagena 2023 Mind in the Line of Fire.

26-29 julio 2023.

Cartagena, Colombia.

International Psychoanalytical Association.

<http://www.ipa.world/cartagena>

36th ECNP Congress.

7 – 10 Octubre 2023

Barcelona, Spain

www.ecnp.eu/congress2023

23 Congreso Mundial de Psiquiatría.

28 Octubre- 1 Noviembre 2023

Viena (Austria)

<https://wcp-congress.com/>

XXVII Curso anual de Esquizofrenia

“EMPATÍA, APEGO Y ALIANZA TERAPÉUTICA EN LAS PSICOSIS”

10-11 Noviembre 2023

Madrid

<http://www.cursoesquizofrenia.com/>

XXVI Congreso Nacional de Psiquiatría (SEPSM).

23 – 25 Noviembre

Salamanca

REVISTAS AEN

REVISTA de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Volumen 42, número 142, Julio-Diciembre 2022

Editorial

- La prevención es la revolución pendiente en salud mental *Iñaki
Jordi Artigue Gómez*

Artículos

- Estudio relacional de las necesidades de soporte según los servicios de lugar de vida utilizados.
David Lascorz, Anna Tomás, Bibiana Ruiz, Marisa García Durán, Carol García, Marisa Rosa, Víctor Pérez.
- El estadio del espejo: antecedentes y fenomenología.
José Manuel García Arroy
- Las personas con trastorno mental grave en un programa de alojamiento supervisado por un Equipo Comunitario Asertivo.
Francisco Rodríguez Pulido, María De Los Ángeles Rodríguez García, Enrique González Dávila, Manuel E. Méndez Abad.
- Proyecto Ágora: un cambio de mirada hacia lo dialógico en salud mental.
Marina Minondo Romero, Fernando Cantón Álvarez, Sergio Sánchez Sánchez.

Dossier: Actualidad y desarrollos de la psicoterapia de grupo psicoanalítica en los servicios de salud mental

- La medicalización del sufrimiento subjetivo
Rosa Gómez Esteban
- Clínica Grupal Operativa: ¿Un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones de salud mental?
Rosa Gómez Esteban
- Una experiencia en grupo de madres y padres, paralelo al de niños
Enrique Tomás Ger Gómez
- Niños en psicoterapia de grupo: el discurso grupal del juego terapéutico
Ángela de la Hoz Martínez
- Aplicación del grupoanálisis en la práctica clínica comunitaria.
Luis Granell Ninot, Pilar Roig Bermúdez De Castro, Isabel Oñoro Carrascal, Miguel Solano Parés, María Del Mar Soler Sánchez, José Miguel Sunyer Martín.

- Empezar, continuar y terminar. Las etapas de un proceso terapéutico grupal.
Emilio Irazábal Martín.
- El encuadre “corredor terapéutico” en psicoterapia grupal operativa: revisión del concepto y hallazgos.
Victoria De Felipe García-Bardón, Elena Vázquez Ramo.
- Notas sobre psicoterapia de grupo operativa y clínica institucional en el hospital de día de salud mental.
Lola Lorenzo, Laura Mantrana, Natividad Carrión.
- Vicisitudes de la pertenencia grupal en la rehabilitación de pacientes psicóticos.
Antonio Tarí García.

Crítica de Libros

- **A vueltas con el autismo.**
Alberto Lasa Zulueta, El autismo: Una perspectiva integradora y psicodinámica.
Fernando Colina.
- **Una guía para caminar entre obstáculos.**
Marcelino López Álvarez, Mirando atrás para seguir avanzando.
Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental
Ander Retolaza.
- **Arranque de la Reforma: dos décadas de un gran proyecto colectivo en España.**
Begoña Olabarría, Manuel Gómez Beneyto. La Reforma Psiquiátrica en España
Hacia la salud mental comunitaria.
Mariano Hernández Monsalve.
- **Mujeres vaciadas y vueltas a llenar.**
María Huertas Zarco. Nueve nombres.
Rosana Corral-Márquez.
- **Rollo May y su búsqueda incesante por conciliar vida exterior e interior.**
Robert H. Abzug. Psyche and Soul in America: The Spiritual Oddissey of Rollo May.
Francisco Balbuena Rivera.
- **Tal como éramos. Memoria e historia.**
Andrés Porcel-Torrens, Margarita Medina-Garibo. Recuerdos del presente. Historia oral de la
psiquiatría en Valencia (1960-2010).
José M. Bertolín-Guillén.
- **Los manicomios en la historia social y política iberoamericana.**
Andrés ríos molina, mariano ruperthuz honorato. De manicomios a instituciones psiquiátricas.
Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX
Rafael huertas.

Páginas de la Asociación.

NORTE de salud mental,68, Enero 2023

Editorial

- Caminar por una salud mental de calidad, es trabajar contra las guerras.
Iñaki Markez.

Originales y revisiones

- La soledad sonora. Aproximación a la psico(pato)logía de la soledad.
Javier Lacruz, Cristina Equiza, Lara Lacruz Bellido.
- Psicosis en Epilepsia. Breve reseña histórica y revisión bibliográfica.
José Juan Tascón, Alba Isabel Crisóstomo, César Cárdenes, Juan Fernando Dorta, Jonatán Gonzalez, Maria del Rosario Cejas.
- Metacognición, mentalización y psicopatología.
José Manuel Bertolín, Jose Manuel García-Valls.
- Salud Mental de la población estudiantil de la carrera de Medicina de zonas fronterizas entre Paraguay y Brasil. Un estudio transversal.
Giovanna Racaneli, Larissa Joenck, Kawane Carolina de Almeida, Luana Beatriz dos Anjos, Luiz Antônio da Cruz, Donoband Edson Dejesus y Claudia Centurión.

Presentación V Premio Ángel Garma de Psicoanálisis de la AEN.

Javier Frere.

- Acerca de la constitución de un cuerpo sexual y sexuado: Los testimonios de Catherine Millet.
Esperanza Molleda Fernández.
- Figuras del Amor en psicoanálisis.
Elina Wechsler.

Pre-ocupaciones

- Sexo y Género.
Fabrizio Potestad.
- Heroína, un medicamento de éxito, probado hace 20 años en un ensayo clínico en España.
Joan Carles March.
- Rituales: Función y Encaje. Casos clínicos.
Nicolás Vucínovich.
- Puedo leer.
Elvira Martín.

Historia

- Hace ya algún tiempo: José Sanchís Banús (1893-1932). Mucho más que las “Reacciones paranoides de los ciegos”.
Sonsoles Pacheco, Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez Azumedi, Iñaki Markez, Luis Pacheco.
- Pedro Enrique Muñoz (1936-2022): Adelantado de la Psiquiatría Social en España.
In Memoriam.
Ander Retolaza.
- La locura en Joyce: sobre su obra y la relación con su hija Lucia.
María Herrera Gimenez, Carmen Llor Moreno, Esteban Fernández Miralles.
- En recuerdo a Mikel Munárriz Ferrandis.
María Fuster, Alicia Meseguer, Ana Sánchez, M. José Marqués, Francisco Pérez, Iñaki Markez.

Actualizaciones

- La Reforma Psiquiátrica en España hacia la Salud Mental Comunitaria. Los años 70 y 80: Conversaciones con los protagonistas.
Begoña Olabarría, Manuel Gómez Beneyto.
- La guerra como campo de batalla. Deconstruyendo mitos y símbolos.
Jorge L. Tizón.
- Sumarios Cuadernos Psiqu. Comunitaria y Revista AEN.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. **Primera página**, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.
2. **Resumen**, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.
3. **Texto**, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:
 - 3.1. **Introducción**: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.
 - 3.2. **Sujetos (pacientes, material) y métodos**: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.
 - 3.4. **Resultados**: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.
 - 3.4. **Discusión**: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.
4. **Agradecimientos**: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

- 5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.
- 6. Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**
José Filgueira Lois
Ignacio López Fontán
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACION SIN HOGAR**
Mónica Tronchón Ramos
Victor Aparicio Basauri
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS
Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**
Beria Moreno Küstner
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**
César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE
Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**
Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA
Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**
Paz Arias García
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACION
PSICOSOCIAL**
José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSQUIATRIA
Oscar Martínez Azumendi
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL
Purificación Ripodas Erro
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**
José Luis Hernández Flata
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**
Victor Aparicio Basauri
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**
Victor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA
Ramón Esteban Arnáiz
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental
I. Markez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Bastida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Manzanos, C. Repeto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**
Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012

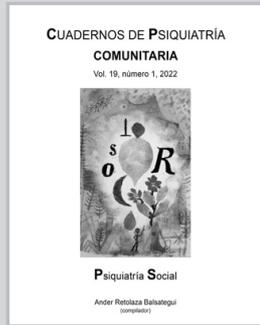
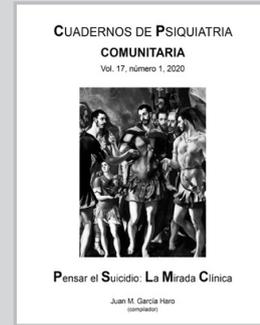
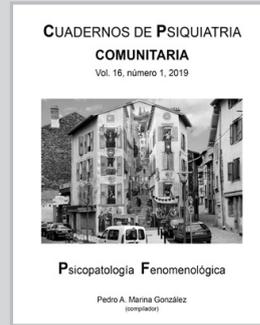
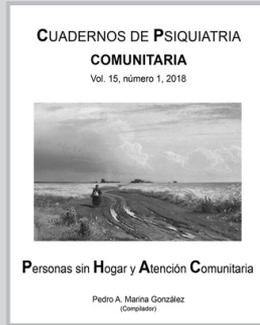
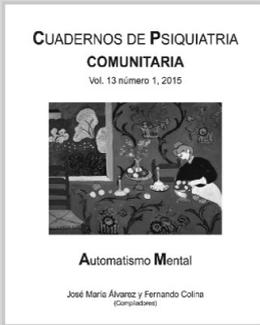


Cárcel y Salud Mental
I. Markez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Bastida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Manzanos, C. Repeto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12 número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental
Itzi Markez
(Compilador)



CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 19, número 1 - 2022

ARTÍCULOS ORIGINALES

ARTÍCULOS ORIGINALES

¿Por qué una psiquiatría social?

Ander Retolaza 7

La desigualdad de género afecta seriamente a la salud mental

Andrea Cabezas-Rodríguez y Amaia Bacigalupe 28

Indicación de no-tratamiento para personas con malestar

Beatriz García Moratalla 43

Housing First: Orígenes y principios rectores del método. Una propuesta comunitaria en el campo de la Salud Mental, las adicciones y la exclusión social

Cosme Sánchez Alber 62

Una reflexión sobre la asistencia en Salud Mental con enfoque de género y a la diversidad sexual

Élida Grande 80

10 BÁSICOS 10: Psiquiatría social 99

PUNTO CRÍTICO: “La terapia electroconvulsiva”

Introducción

David González Pando 102

Terapia electroconvulsiva en Psiquiatría: usos recomendados y otras consideraciones

Luis Jiménez Treviño 108

Terapia electroconvulsiva: una mirada crítica

David González Pando 113

INFORMES

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026):
análisis de situación 117

CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 19, número 1 - 2022

ARTÍCULOS ORIGINALES

RESEÑAS

Nadie nace en un cuerpo equivocado. Éxito y miseria de la identidad de género
(José Errasti y Marino Pérez Álvarez) 121

IN MEMORIAM

Miguel Ángel García Carbajosa (1941-2021) 123

NOTICIAS BREVES 126

REUNIONES CIENTÍFICAS 130

REVISTAS AUTONÓMICAS 131

NORMAS DE PUBLICACIÓN 133

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **“La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.”** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un **“Curso de Psiquiatría y Salud Mental”**.
- Publicación de la revista monográfica **“Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria”** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menéndez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del **“Día Mundial de la Salud Mental”** que se celebrará el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Junta Directiva:

- Presidente: D. Pedro Alberto Marina González.
- Vicepresidenta: D^a. Paz Arias García.
- Secretaria: D^a. Elena Pato Rodríguez.
- Tesorera: D^a. Paz Arias García.
- Vicesecretario: D. Álvaro Magdaleno Flórez.
- Vocal: D. Juan Manuel García Haro.
- Vocal: D^a Margarita López Noche.

Miembros de honor:

Franco Rotelli (+) (Trieste-Italia), José Luis Montoya Rico (Alicante)(+), Federico Menéndez Osorio (A Coruña) e Iñaki Markez (Bilbao).

Asociación Asturiana de Salud Mental
aenasturias@hotmail.com
www.aenasturias.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación Asturiana de Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D.P. Provincia

Tel e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D

D

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma



CENTENARIO
1924-2024