Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2020; 40(138): 133-159
doi: 10.4321/S0211-573520200020008

Las psicoterapias y la clínica grupal: ejes centrales en los programas de formación y asistenciales

Psychotherapies and group clinical practice: central axes in training and healthcare programs

Rosa Gómez Esteban

Presidenta Sección Psicoterapia Grupo (junio 2015- octubre 2019). Secretaria General de la A.E.N. y miembro de su Junta de Gobierno (febrero 1986 hasta octubre de 1993). Psiquiatra. Psicoanalista. Didacta y Supervisora clínica de F.E.A.P. Docente Área 3.

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

Recibido: 9/05/2020; aceptado con modificaciones: 15/09/2020

Resumen: Durante su formación MIR y PIR, los profesionales, psiquiatras y psicólogos, han de conocer las diversas orientaciones de las psicoterapias y su eficacia para ofrecerles un lugar relevante en nuestras instituciones. Proponemos trabajar con psicoterapia psicoanalítica por su capacidad para producir cambios subjetivos. Se propone una formación que permita acreditar la titulación como psicoterapeutas a los MIR y a los PIR. Se plantea la necesaria puesta en marcha de los programas de coordinación entre Salud Mental (SM) y Atención Primaria (AP) para sensibilizar a ambos tipos de profesionales en estas estrategias de tratamiento. Se proponen grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, de crisis y "corredores terapéuticos" por su eficacia para facilitar el funcionamiento de los Centros de Salud Mental (CSM). Las psicoterapias de grupo en los Servicios de Salud Mental (SSM) han de ser una práctica imprescindible y un objetivo urgente en los programas de formación MIR y PIR que elaboren las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y Psicología clínica (CNEP), lo que exige un riguroso programa de psicoterapias en los CSM. Se termina con una síntesis y algunas propuestas.

Palabras clave: psicoterapia, psicoterapia psicoanalítica, programas de coordinación, grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, formación en psicoterapia, psicoterapias de grupo.

Abstract: During their training, professionals must learn about different orientations of psychotherapy and their efficacy in order to give psychotherapy a more prominent role in our institutions. Given its ability to promote subjective changes, working with psychoanalytic psychotherapy is encouraged. A training program to accredit residents as psychotherapists is urged. The implementation at a general level of coordination programs between Mental Health Services (MHS) and Primary Care so as to sensitize both kind of professionals is proposed. Diagnostic evaluation, therapeutic indication, and crisis groups are recommended in order to facilitate the functioning of mental health centres. Group psychotherapies should be implemented in the clinical practice. In the same way, they should be included in the training programs approved by the Commissions of Psychiatry and Clinical Psychology. The paper ends with a synthesis and some proposals.

Key words: psychotherapy, psychoanalytic psychotherapy, coordination programs, diagnostic evaluation and therapeutic indication groups, psychotherapy training, group psychotherapies.

"*La psicoterapia para el pueblo tomará los elementos más importantes y eficaces del psicoanálisis*".
Freud (1)

"El éxito que la terapia puede obtener en el individuo habrá de obtenerlo igualmente en la colectividad".
Freud (2)

INTRODUCCIÓN

Este artículo es el tercero de tres artículos, después de "La clínica grupal, la clínica de los grupos terapéuticos" (3) y "La formación del psicoterapeuta grupal" (4). El término "clínica grupal" se refiere a un nuevo modo de entender la clínica de los sujetos, las parejas, las familias y las instituciones en los Servicios de Salud Mental (SSM). Se fundamenta en la teoría grupal de Pichon-Rivière (5), de base psicoanalítica, y su ámbito de actuación son los grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares.

En este texto nos planteamos tres objetivos centrales: el primero es que el modelo psicoterapéutico basado en la "clínica grupal psicoanalítica-operativa", que problematiza la conceptualización del proceso de salud/enfermedad mental y del

tratamiento de estos padecimientos humanos, sea un instrumento fundamental en los SSM.

El segundo objetivo es proponer a las Comisiones Nacionales de Especialidades (CNE) y Oficinas Regionales de Salud Mental (ORSM) la imprescindible inclusión de las psicoterapias, a nivel teórico-práctico, en los programas de formación de psiquiatras y psicólogos clínicos, y, por tanto, en los programas asistenciales en salud mental. Una inclusión que ha de ser dirigida a obtener la titulación de Psiquiatra/Psicólogo clínico y Psicoterapeuta durante el período MIR y PIR.

El tercer objetivo es reivindicar la eficacia de las psicoterapias, entre ellas, las psicoanalíticas, y subrayar la relevancia de las psicoterapias de grupo. Es necesaria esta reivindicación frente al ataque de algunas asociaciones firmantes del borrador del Informe sobre Pseudoterapias propuesto por los Ministerios de Sanidad y Educación. Un informe en el que no participaron las asociaciones científicas y que fue cuestionado por la AEN y la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), entre otras. El informe de la AEN (6) fue elaborado por la Sección de Psicoanálisis, y nosotros colaboramos como Sección de Psicoterapia de Grupo.

la eficacia de las terapias psicoanalíticas

La "atención a la salud mental atraviesa una crisis profunda", de acuerdo con Fernández Liria (7), lo que exige nuestro compromiso y responsabilidad como psicoterapeutas. Es imprescindible realizar un debate serio sobre las psicoterapias, más allá de las rivalidades y comparaciones entre las diferentes teorías y escuelas (8-10), ya que las problemáticas psicopatológicas son una de las causas más significativas de morbimortalidad y discapacidad a nivel mundial, y alcanzan cotas cada vez más altas entre la población.

La crisis en la atención en salud mental, además de por su complejidad, ha de enmarcarse en las rivalidades históricas entre dos grandes teorías: la psicoanalítica y la cognitivo-conductual. En los años 50, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) reivindicó la formación en psicoterapia psicodinámica, orientación dominante entre los psiquiatras. Dos años después, Eysenck, de la Asociación Americana de Psicólogos, cuestionó su utilidad y se generaron numerosas investigaciones sobre las psicoterapias cognitivo-conductuales afirmando su eficacia (11,12). Pero, de acuerdo con Fernández Liria (13,14), el mayor número de estudios no permite deducir su superioridad. En el momento actual, la mayoría de los autores que han investigado la eficacia de las psicoterapias coinciden en tres conclusiones significativas: 1) la investigación en salud mental es muy compleja por la precariedad de sus sistemas diagnósticos; 2) las metodologías utilizadas son inapropiadas al basarse en ensayos clínicos; 3) se constatan escasas diferencias entre las psicoterapias si se utilizan criterios rigurosos.

La buena noticia es que en investigaciones recientes la Asociación Americana de Psiquiatría ha constatado que la mayoría de los pacientes mejora con tratamientos psicoterapéuticos y que estos disminuyen la tasa de recaídas en los estudios de seguimiento. Evidenciaron que "a corto plazo, la psicoterapia era tan eficaz como el tratamiento psicofarmacológico en los cuadros depresivos" (15,16). Este cambio de rumbo se produjo por los estudios de Shedler, miembro de esta Asociación. Gracias a sus investigaciones se logró que las psicoterapias cognitivo-conductuales perdieran su posición privilegiada. En 2010, en un amplísimo estudio comparativo entre las diversas psicoterapias, Shedler llega a una contundente conclusión: "La psicoterapia de orientación dinámica promueve un cambio estructural, y no solo conductual, lo cual ofrece más garantías de éxito terapéutico a largo plazo" (11, 16). Confirma esta teoría con el apoyo de muchas investigaciones, entre ellas, la de Bateman y Fonagy (17). En este estudio, los autores encontraron que, con seguimiento posterior durante 5 años, la psicoterapia psicoanalítica lograba que únicamente el 13% de los pacientes *borderline* siguiera cumpliendo los criterios diagnósticos, frente al 87% con otros tratamientos (16,17).

Por todo ello, Shedler concluyó que "la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo en trastornos graves era muy alta". Además, apuntó algo igualmente importante: la eficacia de otras terapias, como la cognitivo-conductual, se basa en gran medida en el hecho de que esta se sirve de elementos que en realidad son psicoanalíticos, como la alianza terapéutica o el abordaje de las relaciones interpersonales del paciente, actuales y pasadas (16).

Los resultados fueron concluyentes: "Las psicoterapias breves son eficaces en trastornos leves y moderados, y las prolongadas en trastornos graves y de personalidad" (11). Estas investigaciones, por su gran importancia, deberían ser tenidas muy en cuenta por los responsables de la formación y la asistencia en salud mental. Dos años después, en 2012, la Asociación Americana de Psicólogos reconoció la eficacia de las terapias de conducta, psicoanalíticas, cognitivo-conductuales, humanistas y sistémicas (18).

La psicoterapia, en todas las guías de práctica clínica, se va mostrando como un tratamiento fundamental en salud mental. Sin embargo, en nuestro país, a pesar de la crisis económica del 2008 y de los altos costes económicos en psicofármacos, se puede afirmar que el uso de psicofármacos en los dispositivos de salud mental sigue siendo abusivo en 2020. Se observa la medicación de duelos normales, trastornos de adaptación y patologías leves; cuando la indicación en los primeros sería observar y no tratar, y en los segundos, el tratamiento psicoterapéutico.

La investigación en las diversas psicoterapias es imprescindible para evitar falsos debates en nuestro país. En nuestro caso, tenemos especial interés en las psicoterapias psicoanalíticas individuales y, sobre todo, grupales, al haber mostrado su

eficacia en nuestra práctica clínica. Es prioritario promover y apoyar investigaciones multicéntricas en los SSM para que los profesionales puedan estudiar y constatar su eficacia (19-22). Las comisiones docentes de las áreas en cada CC.AA deberían implementar aquellas prácticas psicoterapéuticas que obtuvieran mejores resultados; es decir, aquellas que se posicionaran como las más eficaces y eficientes.

¿Por qué realizar psicoterapia psicoanalítica individual y grupal?

La psiquiatría clásica, con su concepción biológica de la enfermedad mental, fue cuestionada por Freud a finales del S. XIX, quien mostró los mecanismos psíquicos en la psicopatología. En *Psicología de las masas y análisis del yo* (23), afirmó que la psicología individual siempre es social y que el orden social generaba modos de relación que se internalizaban e influían en el modo de pensar, sentir y hacer del sujeto. Formuló su teoría psicoanalítica, descubrió el inconsciente y la cura por la palabra. Señaló que para la observación de las formaciones del inconsciente, lapsus, síntomas y sueños, se precisaba la regla fundamental, la asociación libre.

Freud descubrió que los síntomas psicopatológicos se producían por ideas inconciliables con la moral del sujeto, y de ahí su represión o rechazo. El síntoma era una satisfacción sustitutiva del deseo reprimido, que se constituía en el retorno de lo reprimido, en el caso de la neurosis, y de lo rechazado, en la psicosis. Al inicio, planteó que el recuerdo de lo olvidado y la descarga de la tensión eran suficientes para la desaparición de los síntomas; posteriormente, su práctica le mostrará que los síntomas persistían e insistían porque en el hombre hay una tendencia a la repetición. El descubrimiento de la compulsión a la repetición en la psicosomática, los sueños postraumáticos y la transferencia negativa le permitieron observar uno de los conceptos más importantes de su teoría: la pulsión de muerte. Junto a la pulsión de vida, que se refiere al amor a los otros, a sí mismo, a los deseos y proyectos, Freud descubrió la tendencia del hombre a repetir el dolor y lo displacentero, la satisfacción en el síntoma, la tendencia del hombre a insistir en aquello que le hacía sufrir. La "pulsión de muerte" muestra que la "vía del sentido" es insuficiente y que en la experiencia analítica ha de tenerse en cuenta la otra cara del síntoma freudiano: la satisfacción pulsional. Esta hace comprensible el apego del sujeto al síntoma. Por ello, su resolución requiere otro tipo de intervenciones diferentes a las del desciframiento. Lacan, siguiendo a Freud, descubre el concepto de "goce", una satisfacción paradójica, displacentera, que hace sufrir. El síntoma es la manera de "gozar" del sujeto; por ello, no se trata solo de "qué quiere decir" el síntoma, sino de "cómo goza" con ese síntoma.

Sin el concepto de "pulsión de muerte" no podemos comprender la vida intrapsíquica, ni las relaciones intersubjetivas; y tampoco la organización de los grupos, las instituciones y lo social. La pulsión de muerte se pone de manifiesto día a día en

la política, las guerras y en todos los ámbitos de nuestra existencia, y, por supuesto, en las instituciones sanitarias y sociales de las que formamos parte. El concepto de pulsión de muerte es fundamental para acercarnos a lo incomprensible, a la idea y al hecho de que el hombre va contra sí mismo. También nos permite leer los síntomas de nuestras instituciones de salud mental; uno de ellos, el escaso y paradójico lugar que se le da a las psicoterapias.

Las teorías cognitivo-conductuales, interpersonales y sistémicas son eficaces, pero las psicoanalíticas abordan mejor la complejidad de las psicopatologías, los síntomas y los modos de vinculación del sujeto. Ofrecen el plus de permitir conocer la función y el sentido de los síntomas, del malestar del sujeto, y facilitar los cambios subjetivos.

Nuestro modelo psicoterapéutico es la clínica grupal psicoanalítica-operativa, que permite realizar una atenta escucha y lectura de los síntomas, que leemos como manifestaciones permanentes del inconsciente en una doble lectura, la del sentido y la del "goce" displacentero que hace sufrir al sujeto. En nuestra clínica grupal privilegiamos los grupos terapéuticos porque nos permiten intervenir sobre tres espacios psíquicos:

- La realidad psíquica de los integrantes (nivel intrapsíquico);
- La realidad psíquica vincular (nivel intersubjetivo);
- y la realidad psíquica grupal ("latente grupal", según la teoría pichoniana, y "aparato psíquico grupal", según la kaesiana).

¿Por qué las psicoterapias psicoanalíticas individuales y grupales han de reconocerse en la titulación, formación, asistencia e investigación en nuestro país?

Schedler constató en sus investigaciones unos resultados abrumadores que deberían ser tenidos en cuenta de cara a modificar los funcionamientos de los SSM. Uno de los metaanálisis que Schedler incluyó en su estudio (el de Abbass *et al.* (24)), sobre el uso de la psicoterapia psicodinámica breve en trastornos somáticos, encontró que el 77,8% de los estudios que informaron sobre la utilización de los servicios de salud hallaron una reducción en dicha variable gracias al uso de la terapia psicodinámica. Esta reducción en la demanda asistencial es "un hallazgo con enormes implicaciones potenciales de cara a la reforma sanitaria" (11). Como comenta Garnés-Camarena, en otro de los metaanálisis estudiado por Schedler, los autores "concluyeron que un 92% de los pacientes reconocieron una mejoría significativa en sus problemáticas centrales" (16). También Bateman y Fonagy (17) encontraron resultados muy concluyentes, como ya se ha mencionado anteriormente.

Unos datos muy significativos que obligan a que los SSM realicen transformaciones, entre ellas, la exigencia de una buena formación psicoterapéutica y grupal de los jefes de servicios para que realmente puedan ejercer la función de coordinación. Solo en esta función pueden promover el trabajo en equipo, para que la indiscriminación de roles, tareas y objetivos no sea la dinámica habitual. Para que cumplan el objetivo de implementar estrategias psicoterapéuticas eficaces y eficientes. La insuficiencia y duplicidad ha llevado a la cronicidad de algunas problemáticas; han sido frecuentes las consultas simultáneas a psiquiatra y psicólogo, sin encuadres claros, sin objetivos compartidos ni delimitación de las responsabilidades de cada uno. La psicopatología derivada de problemas laborales es un buen ejemplo de esta falta de criterio. Fue paradójico que no se implementaran encuadres grupales y breves que hubieran potenciado los recursos personales y facilitado la incorporación al trabajo.

Apostamos por los encuadres psicoterapéuticos grupales, breves, medios o prolongados, para intentar disminuir la confusión, indiscriminación y ambigüedad en los tratamientos. Por psicoterapias bien encuadradas en función de la psicopatología, la edad y los recursos de la institución para evitar la iatrogenia y cronicidad. Y proponemos incorporar nuevas estrategias grupales terapéuticas en los dispositivos de SM: los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, los grupos de crisis y los "corredores terapéuticos". Asimismo, apostamos por promover grupos familiares y multifamiliares porque son de gran utilidad en el trastorno mental grave. En Atención Primaria (AP), se promoverán y apoyarán los grupos terapéuticos de pacientes con patologías crónicas y los grupos coordinados por enfermería: psicoeducación, apoyo con técnicas de respiración y relajación, en situaciones de duelo, momentos vitales de cambio y en síntomas leves.

Para salir de la crisis que sufre la atención en salud mental que señalaba Fernández Liria (7), proponemos privilegiar la psicoterapia grupal por su eficacia. Este cambio de rumbo nos permitirá terminar con la sobrecarga asistencial y la ineficacia de algunos tratamientos que se realizan en los SSM. Los encuadres de psicoterapia individual han de estar bien definidos, revisando criterios e indicaciones, y siempre en tiempos limitados para que no se conviertan en entrevistas terapéuticas sin fecha de finalización y períodos muy alargados. Es urgente abordar estas problemáticas para no privar a los pacientes de otros instrumentos terapéuticos eficaces y para no seguir privilegiando los psicofármacos y la psicoterapia cognitivo-conductual, predominante en la formación universitaria.

La psicoterapia en algunos países de la Unión Europea, por el contrario, es tan relevante que el término se ha incluido en la denominación de la propia titulación. Los especialistas de Suiza y Alemania, desde hace años, obtienen el título de "Psiquiatría-Psicología y Psicoterapia". Esta denominación es emergente del lugar que dan a la psicoterapia y evidencia su relevancia en los tratamientos de las proble-

máticas y patologías de salud mental. Una situación muy diferente a la de nuestro país, que, por otro lado, también es muy diversa en función de las instituciones y CC. AA, donde se observa gran variabilidad, desde ser un "no lugar" a tener una buena posición.

Las Comisiones Nacionales de Especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica (CNEP) y las Oficinas Regionales de Salud Mental (ORSM) tienen un papel fundamental en este proceso de cambio. Las CNEP son responsables de su incorporación en los programas de formación y las ORSM, de su implementación en la red asistencial. Las CNEP han de clarificar las horas de formación teórica y práctica en psicoterapia, individual y grupal, para acreditar esta formación a los MIR y PIR (reflexión que desarrollaré en los apartados finales de este texto).

Hay que ser conscientes de que no podrán seguirse las directrices de la formación en psicoterapia si las ORSM y Unidades Docentes no se responsabilizan de organizar sin dilación un Programa de Psicoterapia en todos los CSM. Estos programas son el instrumento para la formación de los residentes en los diversos encuadres psicoterapéuticos en función de la gravedad, dispositivos y recursos.

Tenemos un compromiso ético con la psicoterapia, y queremos que sea un proyecto urgente de gestores y responsables. Y para que este proyecto sea real proponemos que la titulación de psicoterapeuta sea reconocida para los psiquiatras y psicólogos. Por eso, la reivindicamos en los programas de formación, asistencia e investigación, para de esa manera cumplir con la acreditación. Conocemos el "deseo de no saber" de los sujetos, lo observamos en nuestra práctica clínica cotidiana; pero también que, si no se abordan estos padecimientos a través de la palabra, las evoluciones se cronifican. Si no se incluye la psicoterapia como tratamiento fundamental, se estarán promoviendo activa o pasivamente los intereses económicos de las farmacéuticas y el "deseo de no saber" inherente a la condición humana.

Nos interesan las psicoterapias psicoanalíticas porque generan cambios subjetivos a largo plazo (25). Y es preciso apoyar investigaciones en los centros que no sean excesivamente reglamentadas para que sean viables y así conocer las más eficaces. Desearíamos también dar respuesta a algunos interrogantes:

- ¿Cuáles son las condiciones de posibilidad de la psicoterapia?
- ¿Qué demandas y psicopatologías se benefician de la psicoterapia?
- ¿Qué teorías y técnicas psicoterapéuticas se habrían de aplicar en función de las características del paciente, de su demanda y de su psicopatología?
- ¿Cuándo ha de ser la psicoterapia el tratamiento de elección?
- ¿En qué psicopatologías ha de utilizarse como único tratamiento?, ¿cuándo hay que combinarla con medicación?
- ¿Cuándo es necesario combinar la medicación-psicoterapia con otras estrategias psicoterapéuticas, grupos de apoyo, rehabilitación o sociales?

- ¿Qué encuadres psicoterapéuticos, y por qué?, ¿qué duración, en función de la psicopatología, demanda, y recursos?

Estas reflexiones nos ayudarán a mejorar los encuadres a proponer: individuales, grupales, familiares o multifamiliares (definiendo tiempo, frecuencia, duración y número límite de sesiones).

LOS PROGRAMAS DE COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA. LOS GRUPOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA E INDICACIÓN TERAPÉUTICA

El programa de coordinación y diálogo entre SM y AP es una herramienta fundamental para mejorar la posición de la psicoterapia. Estos necesarios encuentros, y desencuentros, ubicarán a los psicofármacos en el lugar que les corresponde y pondrán de manifiesto los buenos resultados de la psicoterapia, la importancia del vínculo terapéutico y la relevancia de la palabra y la escucha (26). Mostrarán también la potencia terapéutica de la psicoterapia grupal y el enriquecimiento que suponen los vínculos intersubjetivos.

La función psicoterapéutica de los médicos fue ampliamente desarrollada por Michael Balint y su mujer Enid (27,28); su metodología grupal se extendió en el mundo entero gracias a los denominados "grupos Balint". En estos grupos, a través de la discusión de casos, se analizaban las problemáticas del paciente, su relación con la enfermedad y el vínculo entre ambos. Lo novedoso era el análisis de las transferencias entre médico y paciente, y las dirigidas a la institución. En los CSM de Getafe, Parla y Alcorcón, donde trabajé, llevé adelante estos programas de coordinación entre SM y AP. En las reuniones promovíamos la escucha del médico, enfermería y trabajadores sociales. El objetivo era que se sensibilizaran a los factores psicológicos y sociales para que pudieran realizar grupos de "apoyo" en problemáticas como los duelos complicados, trastornos adaptativos y patologías crónicas más comunes: obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer, diálisis, postinfartos, etc.

La "función psicoterapéutica" se consolida en esta mutua colaboración, que facilita la organización y el progresivo aprendizaje alrededor de un equipo con tareas y objetivos comunes. Las rotaciones de los residentes de AP en SM son imprescindibles para un mejor aprendizaje de las tareas de evaluación, psicoterapia individual y grupal. Esta experiencia fue realizada a través del espejo unidireccional en el CSM de Parla y presencialmente en el CSM de Alcorcón.

Hemos promovido numerosos espacios grupales porque funcionan como instrumentos instituyentes y relevantes en la red asistencial, como constatamos en el CSM de Parla. En el de Alcorcón fue más difícil por la ausencia de trabajo en equipo en aquellos años, antes del 2012. Sería interesante investigar si estos programas

de coordinación disminuyen la prescripción de psicofármacos en AP y las listas de espera a SM, y si incrementan las demandas de psicoterapia. En base a nuestra experiencia, proponemos una innovación en los CSM: la implementación de grupos de "evaluación diagnóstica e indicación terapéutica" y de "intervención en crisis", con el objetivo de disminuir las listas de espera y mejorar la evolución y el compromiso de los pacientes. Esta propuesta la intentamos realizar en el CSM de Alcorcón, pero no fue posible por la falta de apoyo institucional. Ambas estrategias posibilitan abordar los síntomas en sus inicios y prevenir la sintomatología grave en las psicosis.

La tarea en los primeros grupos sería la evaluación, diagnóstico e indicación terapéutica; se realizaría en tres entrevistas de dos horas de duración y se destinaría a aquellos pacientes que aceptaran la evaluación grupal. Estas entrevistas grupales de evaluación tienen un doble interés: ampliar el campo de observación y análisis, y producir efectos terapéuticos. Estos encuadres grupales brevísimos son muy contenedores y eficaces al funcionar como espacio de acogida de los síntomas, las palabras, los afectos y las acciones. Entre sus funciones destacamos las siguientes:

- El análisis de la demanda.
- Una evaluación de mayor complejidad de las diferentes problemáticas y patologías.
- El conocimiento de la biografía, los momentos de cambio o significativos en la vida de un sujeto, la psicopatología y modos de vinculación.
- La observación de los factores psicológicos y sociales implícitos en el "proceso del enfermar".
- La mejora del criterio clínico para las indicaciones de tratamiento, derivaciones o propuestas de alta.
- El incremento del compromiso de los pacientes con el tratamiento.
- La disminución de los encuadres institucionales confusos.
- La realización de encuadres de tratamiento más eficaces y eficientes.
- La disminución del consumo de psicofármacos.
- La producción de efectos terapéuticos en los participantes.
- La mejora de la lista de espera.
- El recorte en los gastos farmacéuticos.
- La mejor organización de la institución.
- El mejor funcionamiento del equipo.
- La coordinación eficiente AP y SM en base a objetivos compartidos.
- El aprendizaje más integrado de los residentes de SM y AP.

Estos grupos son instituyentes porque facilitan la construcción, desarrollo y cambio de los equipos; y además funcionan como alternativa real al colapso actual de las listas de espera. En los trastornos graves evitan evoluciones graves y en las pa-

tologías leves y moderadas, su posible evolución hacia la cronicidad. En resumen, la implementación de estos dispositivos y del "grupo de crisis" proporciona un pronto acogimiento del sufrimiento psíquico, la menor medicalización de los malestares, un mejor pronóstico de todas las psicopatologías y la reducción significativa de la presión asistencial en AP y SM.

las comisiones nacionales de la especialidad (cnep)

Las competencias de psiquiatras y psicólogos clínicos son definidas en los Programas de Formación de las CNEP. Pero, paradójicamente, al finalizar su residencia no estarán formados para cumplir con las prestaciones obligatorias del SNS, puesto que se les exige realizar psicoterapias individuales, de pareja, de familia y grupales. El programa de psiquiatría incluye las competencias en los principios de las más importantes psicoterapias individuales, de pareja y familia, así como conocer los factores comunes a los distintos modelos psicoterapéuticos.

Respecto a la práctica, han de documentar un caso de psicoterapia en niños, adolescentes y adultos en los dos primeros años; y cinco casos de psicoterapia individual y de familia en el tercer y cuarto año. En relación a las prácticas en psicoterapia de grupo, requieren dos intervenciones en los dos últimos años. Nos parece muy interesante, porque si se cumpliera seriamente casi se lograrían los tiempos precisos para ser acreditados como psicoterapeutas. Pero si nos fijamos en la letra pequeña, y nos referimos a las prácticas grupales, en ese período, en general, se rota fuera de los CSM. Al no constar el tiempo necesario de las intervenciones grupales, ¿podrían aceptarse como válidas prácticas que tuvieran una duración de dos meses e incluso intervenciones más puntuales?, ¿se regulan las prácticas si el dispositivo no ofrece grupos terapéuticos? Creemos que para asegurar las prácticas grupales han de iniciarse desde el primer año, que es el momento de su rotación en el CSM.

Proponemos que las CNEP se orienten en la línea de los psiquiatras y psicólogos alemanes y suizos, que al terminar su formación obtienen el título de especialistas en psiquiatría/psicología y psicoterapia. La titulación de psicoterapeuta exige su formación y acreditación en psicoterapia; por ello, las CNEP deberían orientar sus programas de formación para conseguir también el título de psicoterapeuta. ¿Estos objetivos se cumplirían mejor si hubiera mayor presencia de las asociaciones científicas en las CNEP? Creemos que la elección por criterios políticos obstaculiza los procesos y resultados, y que en su composición deberían prevalecer las asociaciones y profesionales formados en psicoterapia y trabajando en activo en los SSM.

En la actualidad solo participa un representante de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y otro de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), curiosamente en una proporción similar a los residentes. De los siete integrantes restantes,

dos son nombrados por los Ministerios de Educación y Sanidad, cuatro por Recursos Humanos del SNS y uno por el Colegio de Médicos. Como podemos observar, una composición en la que priman las decisiones políticas y administrativas.

La composición debería ser a la inversa, con una mayor representación de las asociaciones científicas. La AEN debería estar al menos representada por su presidente, el de la Sección de Psicoanálisis y el de la Sección de Psicoterapia de Grupo. La AEN, históricamente, es la que mejor puede argumentar el papel relevante de la psicoterapia en la formación, investigación y asistencia. Sus profesionales se basan en tres premisas fundamentales: el proceso de salud/enfermedad mental como efecto de factores biológicos-psicológicos y sociales; una psicología individual que es siempre social; y un sujeto que es efecto del inconsciente y de sus tramas vinculares familiares. Asimismo, siguen una teoría del tratamiento más de psicoterapia orientada al sujeto y a los diferentes ámbitos que lo constituyen (individual, pareja, familia e institución), apoyada cuando sea preciso en lo psicofarmacológico, pero teniendo en cuenta que este no ocupa un lugar privilegiado, ni exclusivo.

Las CNEP, por otro lado, han de ser conscientes de que la psicoterapia es ya una nueva disciplina universitaria en algunos países europeos, como, por ejemplo, Alemania. Esta decisión del Parlamento alemán abre la puerta a ejercer legalmente como psicoterapeutas sin tener experiencia clínica. Y nos preguntamos: ¿cómo afectaría la nueva titulación a psiquiatras y psicólogos clínicos si en nuestro país se aprobara como disciplina universitaria? Si a los psiquiatras y psicólogos clínicos no se les reconoce como psicoterapeutas en su titulación, ¿no estarán en una situación de mayor indefensión ante denuncias de pacientes o familiares?

la psicoterapia, área de capacitación específica en los programas de formación MIR y PIR

Una de las principales funciones de la CNE es la creación de Áreas de Capacitación Específica. También el establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas, y el informe sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los profesionales. En la actualidad las competencias son muy amplias, pero algunas áreas, como la psicoterapia, tienen un escaso desarrollo en psiquiatría, y, aunque en psicología sea más amplio, la realidad de la formación MIR y PIR es que, en su mayor parte, es común.

Sabemos que la formación en psicoterapia es un aprendizaje difícil de obtener y que con frecuencia no se han dado las condiciones más favorables. Esta formación tiene gran variabilidad en función de la CC. AA. del área de referencia, de la formación del jefe de estudios y los tutores, de los recursos psicoterapéuticos institucionales, del funcionamiento institucional y de la carga asistencial. En general,

ha dependido en gran medida del voluntarismo, formación, deseo y capacidad de transmisión de los tutores.

Los contenidos en los programas teóricos han sido muy diversos en función de la orientación del jefe de estudios. Respecto a la práctica, se ha garantizado que tanto los MIR como los PIR observen y realicen entrevistas de evaluación diagnóstica y tratamientos en psicoterapia individual, con orientaciones teóricas diversas en función de la formación de los tutores. En lo que respecta a la psicoterapia de grupo, en muchos centros no se han dado las condiciones de participar en grupos. Por estas circunstancias, la psicoterapia ha de ser un objetivo fundamental en la formación de psiquiatras y psicólogos, para no ser cómplices de las evidentes y grandes diferencias para formarse en psicoterapia.

Para resolver estas carencias y desigualdades, nuestra propuesta fundamental es que la psicoterapia sea un área de capacitación específica relevante en los programas de formación de psiquiatría y psicología clínica. Un área que incluiría las diferentes modalidades de psicoterapias: individuales y grupales (que, a su vez, integraría las familiares, y multifamiliares). El programa de formación en esta área de psicoterapia incluiría los fundamentos teóricos pertinentes, adaptados a los cuatro años de la residencia, y sería común a nivel de CC. AA. Las técnicas *online* actuales pueden facilitar que los residentes tengan una buena formación independientemente de su lugar de residencia, sobre todo, en aquellas comunidades con menores recursos. Los contenidos teóricos de psicoterapia siempre estarán en función de las prestaciones obligatorias del SNS, la psicoterapia individual, grupal y familiar. Y estos contenidos han de basarse en la idea lewiniana de que "no hay nada más práctico que una buena teoría". Es decir, una teoría que se basa en la práctica clínica y unas prácticas que se reformulan con la teoría.

El programa de formación incluiría, por tanto, contenidos teóricos muy clínicos y exigiría la documentación de las prácticas psicoterapéuticas imprescindibles para su capacitación. Estaría orientado por las necesidades reales de pacientes y profesionales, y asegurado por los responsables de las Oficinas Regionales de Salud Mental (ORSM). Respecto a las prácticas, el aprendizaje en psicoterapia individual y grupal sería progresivo. En lo que respecta a la psicoterapia grupal, proponemos que se participe, al menos, en un grupo terapéutico a lo largo de los cuatro años de la residencia: primero, como observadores para, en el último año, asumir la función del coordinador responsable. Las líneas estratégicas en los contenidos de los cursos de psicoterapia se elaborarían entre los representantes docentes de las áreas y los responsables de la formación continuada en programaciones anuales. Este trabajo en común posibilitaría, a su vez, la organización de los cursos para los adjuntos y profesionales del área; incluso se podría hacer alguna formación en común, una propuesta que cuestiona la prohibición actual de participar a los MIR, PIR y EIR en estos cursos.

Los programas de formación MIR y PIR habrían de especificar los contenidos teóricos y técnicos de psicoterapia imprescindibles y la documentación de las prácticas individuales y grupales supervisadas. Proponemos que se documenten un poco más de los trece casos actuales, pero repartidos desde el inicio de la residencia. Es decir, un caso de psicoterapia individual (niño, adolescente y adulto) y uno de familia al año (por supuesto, supervisados).

Respecto a la psicoterapia grupal, en el primer año de la residencia debería documentarse la observación de un grupo terapéutico, los primeros seis meses como observador no participante y luego como participante. En el segundo año, debería participar en un grupo como observador y en el tercero, en un grupo como co-coordinador. El objetivo de la formación en el cuarto año sería el ejercicio de la función de coordinación de un grupo terapéutico. La planificación de sesiones clínicas es central por ser el espacio donde se puede transmitir y compartir la psicoterapia individual, grupal, familiar y multifamiliar.

EL PROGRAMA DE PSICOTERAPIAS, EJE DE LAS INTERVENCIONES ASISTENCIALES EN EL CSM

Cumplir los objetivos del SNS exige un buen programa teórico en los programas de formación de la especialidad y una práctica psicoterapéutica que solo puede obtenerse si se implementa un serio programa de psicoterapias en los CSM. Este proyecto requiere de la coordinación de las ORSM y las comisiones de docencia, y el compromiso de los jefes de servicio de los CSM.

El programa de psicoterapias del CSM, basado en las demandas y necesidades de los pacientes, ha de ser el eje central de los tratamientos y del funcionamiento institucional, y un objetivo prioritario del equipo. La colaboración entre las instituciones y personas responsables de las CNE, ORSM, unidades docentes y formación continuada es imprescindible. Se requiere una apuesta decidida por la psicoterapia en lo público para que el destino de la formación de los futuros especialistas no quede librada al voluntarismo de tutores, supervisores, adjuntos y residentes. Sin la coordinación de estas instituciones responsables, no se cumplirán los objetivos del SNS. La psicoterapia individual, grupal y familiar no podrá ser efectiva en la cartera de servicios si esta disciplina no ocupa el lugar relevante que le corresponde en la red asistencial y en la formación.

El programa de psicoterapias se organizaría a partir de los tratamientos psicoterapéuticos realizados en el CSM y dispositivos del área. Establecería sus criterios de indicación de cada estrategia psicoterapéutica (individual, grupal y familiar) y los de evaluación en función de los recursos, de cara a mejorar la calidad de las psicoterapias. Las psicoterapias ofrecidas estarán en función de prevalencias, gravedad, edades, psicopatologías y recursos.

El subprograma de grupos terapéuticos será el núcleo central de este programa de psicoterapias. Este subprograma, en la medida en que pueda consolidarse con profesionales formados, ofertará grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares. Pero esperemos que no pasen demasiados años para que puedan ofrecerse otros encuadres novedosos eficaces: los grupos de evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, los grupos de crisis y los "corredores terapéuticos" (29).

Ubicamos lo "grupal" en el centro del programa porque los grupos terapéuticos son esenciales si son coordinados por profesionales bien formados, ya que facilitan y aceleran los procesos psicoterapéuticos. En las patologías graves y psicóticas posibilitan los vínculos intersubjetivos y aminoran los fenómenos transferenciales hacia el terapeuta. Son muy eficaces, solos o en combinación con psicofármacos, y en el caso de los trastornos mentales graves, combinados con psicoterapia del grupo familiar y/o multifamiliar. Además, de acuerdo con Shedler (11), reducen la demanda asistencial y dan respuesta al colapso asistencial de los SSM.

El programa de psicoterapias cumpliría con los objetivos del SNS y además sería fundamental para generar el ambiente terapéutico propicio que precisan nuestras instituciones. Queremos que sean instituciones de cuidado y no de cronificación de la enfermedad. Los espacios grupales terapéuticos dotarán de estructuración, dinámica y sentido a las instituciones, por ello serán un instrumento imprescindible en los SSM, y este "buen hacer" posibilitará investigar y generar nuevas estrategias psicoterapéuticas.

El programa de psicoterapias del CSM se construirá progresivamente para la organización de la asistencia y de la formación con la planificación de las prácticas y la supervisión de la psicoterapia individual, de grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares (30). Las tareas asistenciales y de formación son muy complejas, y su coordinación también, por eso las supervisiones institucionales son de mucho interés en momentos de obstáculos que dificultan la tarea asistencial. A estos espacios grupales prefiero denominarlos "grupos de reflexión institucional", cuya función es facilitar la tarea asistencial y la labor del trabajo en equipo, eje central de la organización asistencial.

la formación psicoterapéutica

Los programas de formación y asistencia en psicoterapia son centrales para atender la salud mental de la población y cumplir con el objetivo de "humanización", que exige un trato y cuidado digno y respetuoso al paciente, reconociendo su vulnerabilidad. Debido a la mayor vulnerabilidad de nuestros pacientes, lograr un "clima terapéutico" ha de ser un objetivo prioritario en las instituciones de SM. La psicoterapia es un gran instrumento para conseguir este objetivo, y, por tanto, es im-

prescindible en la formación de los psiquiatras y psicólogos. La psicoterapia asegura la calidad de los tratamientos y ofrece instrumentos para "saber estar y saber hacer", promoviendo relaciones interpersonales más saludables. Por otro lado, las bases de la formación psicoterapéutica son esenciales para evitar los efectos perjudiciales en la salud. Se ha evidenciado que los déficits formativos en lo psicológico y social, en una tarea de gran exigencia como es la práctica clínica, producen enfermedades en los profesionales.

a) Formación insuficiente y efectos en la salud de los profesionales

El estrés intenso que genera la práctica clínica ha sido evidenciado por numerosas investigaciones científicas. En la investigación base de mi libro *El médico como persona en la relación médico-paciente* (31), las dos principales fuentes de estrés de los médicos de familia eran las carencias en la formación psicológica y las dificultades en la relación con el paciente. En esta investigación, se constató que los niveles de ansiedad que generaba la práctica clínica eran muy elevados: el 20% afirmaba tener ansiedad alta y un 70% moderada. La disminución significativa de la angustia se ponía de manifiesto al incluir en el aprendizaje la formación en la relación médico-paciente y en los vínculos con los familiares y la institución.

Las investigaciones sobre la salud de los profesionales muestran datos muy preocupantes. Se constata que los médicos presentan porcentajes más altos de psicopatología, enfermedades orgánicas, psicosomáticas y suicidios si se comparan con profesionales de similares características. Los datos son más preocupantes en los profesionales de Salud Mental en estudios comparativos con Atención Primaria (32). Se denominó "*burnout*", y en español "síndrome del quemado", a esta psicopatología. Con este término se hacía referencia a las causas institucionales, pero en la práctica se pensaban como patologías individuales. Es evidente que las causas son institucionales, aunque a quienes más afecte sea a los médicos más comprometidos con la práctica clínica. La disminución del *burnout* exige la mejora de las condiciones institucionales (contratos y sueldos pertinentes, trabajo en equipo, tiempos mínimos suficientes de consulta, formación en psicoterapia y programas de apoyo social). Esta grave problemática es una asignatura pendiente para los responsables sanitarios. Abordar estas variables es fundamental para disminuir los niveles de ansiedad y angustia del profesional.

Los conocimientos básicos en psicoterapia permiten abordar las frecuentes problemáticas emocionales en AP, además de disminuir los riesgos para la salud de los profesionales. En AP han de tener en cuenta que, aunque los síntomas sean psicopatológicos, siempre remiten a problemáticas de pareja, grupales (familiares o laborales) e institucionales. La mejor formación psicoterapéutica en AP y SM redun-

daría en una menor prescripción de psicofármacos y, por tanto, en una mejora de la salud de la población. Por otro lado, supondría también un importantísimo ahorro en los costes en psicofármacos, que podrían destinarse a mejorar los programas de formación.

b) Metodologías grupales en la formación: los grupos Balint y operativos. Devenir psicoterapeuta

En los grupos Balint y operativos que realizamos en diversas instituciones, se trabaja sobre la clínica, el vínculo terapéutico, la implicación del terapeuta y las dificultades en el rol e identidad profesional. Afirmamos que el objetivo de la formación es "devenir psicoterapeuta" y nos basamos en las propias reflexiones de los residentes. El emergente central en la evaluación y finalización de los procesos anuales es: "en la residencia, se trata de llegar a ser un buen psicoterapeuta". Los MIR y PIR definen claramente cuál es la principal función del quehacer psiquiátrico y psicológico: llegar a ser "un buen psicoterapeuta" (33).

A lo largo del devenir grupal, los emergentes reiteran la carencia de instrumentos psicológicos para abordar la clínica individual, y una insuficiencia aún mayor en la clínica de pareja y familia. La angustia es el emergente central, generada por las continuas relaciones con pacientes, familiares y la institución. La angustia se genera en estas carencias formativas y al no encontrar cómo ubicarse en estas conflictivas relaciones de pareja o familia. Reconocen sus identificaciones fluctuantes entre paciente y familiares, y sus actitudes regresivas omnipotentes. Estas son un mecanismo defensivo para aliviar su malestar por los déficits formativos, y por su poca experiencia vital en lo referente a estas complejas relaciones. Las carencias formativas son aún mayores en psicoterapia grupal. La mayoría no ha observado ningún grupo terapéutico y es una grave carencia porque la mitad están en el tercer y cuarto año de la residencia.

En los grupos operativos y Balint los participantes toman conciencia progresiva de la importancia de lo psicológico y social en el padecimiento del sujeto. Y observan la relevancia de lo intrapsíquico, del inconsciente, del vínculo terapéutico, de los vínculos intersubjetivos y del latente grupal. Se asombran de la influencia del equipo y la institución sobre su actitud y relación con el paciente. Comprenden que "devenir un buen psicoterapeuta" es un largo camino y que el análisis personal puede facilitarles su posición en estos vínculos, que pueden ser terapéuticos o antiterapéuticos.

Aprehenderán que el objetivo de sus intervenciones es contener, sostener, apoyar y promover, cuando sea posible, los procesos de significación y sentido de los síntomas. También en el caso del trastorno mental grave, en el grupo pueden observar

cómo los delirios, alucinaciones y certezas son creaciones propias para rellenar sus vacíos carentes de significación. Se sensibilizarán con las psicoterapias psicoanalíticas y el tratamiento de los conflictos intrapsíquicos, intersubjetivos, grupales e institucionales. El objetivo central es que aprendan a realizar una atenta escucha y lectura de las palabras y actos del paciente. Sobre todo, en la repetición compulsiva de lo traumático, que lleva a los pacientes a dañarse a sí mismos y a perjudicar a los otros. Es decir, tomarán conciencia de uno de los conceptos freudianos más enigmáticos: la pulsión de muerte.

En resumen, llegar a ser un buen psicoterapeuta requiere de una buena formación teórica-técnica y diversas prácticas en psicoterapia individual y grupal. Además, requiere de la participación en grupos de reflexión personal para conocer su propia implicación en la clínica. "Devenir psicoterapeuta" es un largo proceso que se adquiere mediante una responsabilidad progresiva y permite disponer de instrumentos que aliviarán el sufrimiento subjetivo, familiar e institucional. En este proceso aprehenderán que el vínculo terapéutico es central, que es un instrumento fundamental para mejorar los resultados del tratamiento, como evidencian las investigaciones.

LA CLÍNICA GRUPAL Y EL LUGAR DE LAS PSICOTERAPIAS DE GRUPO EN LOS SSM

La clínica grupal psicoanalítica operativa se apoya en dos ideas centrales: la construcción social de la subjetividad y la conceptualización de un sujeto que es, al mismo tiempo, sujeto del inconsciente y del grupo. Es decir, un sujeto construido en tramas vinculares, intersubjetivas, grupales y sociales que, al internalizarse, conformarán su "grupo interno". En nuestra clínica grupal, el vínculo y el grupo interno son dos conceptos centrales que nos permiten pensar las diferentes interconexiones entre los espacios intrapsíquicos, intersubjetivos, grupales y sociales.

Los diferentes vínculos y modos de relación emergen en el proceso del enfermar y se despliegan en el grupo terapéutico, que proponemos como escenario privilegiado para abordar y resolver los conflictos intrapsíquicos y las problemáticas intersubjetivas. En los grupos terapéuticos observamos los fenómenos que proceden del inconsciente, de lo vincular y de la grupalidad, y la relación entre los síntomas y la dinámica del grupo familiar. En los procesos de estos grupos detectamos los emergentes individuales y grupales, y aquellos datos significativos que muestran los puntos de inflexión y las diferentes etapas que ocurren en el devenir grupal.

a) Los grupos terapéuticos: modelos de eficacia y eficiencia

Las psicoterapias de grupo son prestaciones obligatorias del SNS y las proponemos como alternativa para la buena organización de los tratamientos en los SSM.

Sabemos que las psicoterapias individuales son muy eficaces, pero en lo público se precisa elaborar sus indicaciones y realizarse en función de los recursos y tiempo de los profesionales; es decir, en encuadres más o menos breves.

Esta propuesta la realizamos porque hemos constatado que los grupos terapéuticos abordan la compleja realidad de las problemáticas de salud mental y ayudan a mejorar su evolución. Por ello, hemos de comprometernos en su puesta en marcha en toda la red asistencial. Los grupos terapéuticos, además de ser muy eficaces y eficientes, facilitan la organización de los tratamientos en función de la demanda, los diagnósticos, los recursos de los profesionales y los espacios-tiempos de la institución.

Los tiempos han de organizarse de manera cuidadosa para mejorar la eficiencia. En la mayoría de los trastornos leves y moderados proponemos encuadres breves de 3 a 6 meses. Y en los moderados, de seis meses a uno/dos años, en función de la gravedad. Los encuadres prolongados los ofrecemos en trastornos graves, con evaluaciones en las dos últimas sesiones al finalizar el encuadre anual. Sabemos que la eficacia del tratamiento requiere del imprescindible deseo de cambio del sujeto y por ello lo tratamos de apoyar a lo largo del proceso.

La evaluación de los grupos terapéuticos es de gran ayuda para valorar y decidir el alta. La realizamos durante las dos/tres últimas sesiones: la tarea, en estos momentos, es la reflexión y toma de conciencia de los cambios subjetivos realizados y la elaboración del duelo, tanto para los que se van de alta como para los que se quedan. Este trabajo de duelo es necesario porque es preciso separarse del grupo y de los vínculos creados en el mismo. En la actualidad, he propuesto la evaluación como un factor terapéutico grupal significativo. Por otro lado, para reivindicar los grupos terapéuticos ayudarían las evaluaciones cualitativas y cuantitativas (34). Estas últimas son muy costosas, como todos sabemos y yo misma experimenté en la investigación realizada sobre la relación médico-paciente (35); por eso, mis investigaciones sobre grupos terapéuticos se han basado principalmente en metodologías cualitativas.

Cuando contábamos con la ayuda de los MIR y los PIR, utilizábamos también metodologías cuantitativas. En algunos grupos realizamos encuestas previas y posteriores con el cuestionario de Hassanyeh, Eccleston y Davidson (36), que valora ansiedad, depresión y vulnerabilidad. Así constatamos la mejoría de todos los pacientes. Otro criterio que utilizamos fue la no solicitud de consultas posteriores en el CSM, una variable denominada "independización". No analizamos los datos cuantitativamente; simplemente los utilizábamos en las reuniones del equipo y en las coordinaciones con AP y Servicios Sociales.

La valoración cuantitativa de la terapia grupal fue investigada por el equipo del CSM de Getafe en Madrid, donde estuve trabajando. Montilla y colaboradores (37) estudiaron los indicadores de "consumo asistencial e independización" a lo largo de 5 años. Compararon el CSM Getafe, con terapia grupal, y el de Leganés, que solo

realizaba psicoterapia individual en aquellos años. Concluyeron que la independización con terapia grupal era cinco veces mayor y que las asistencias necesarias en terapia individual eran casi el doble que en terapia grupal (28.2 vs. 17.0).

Las numerosas referencias bibliográficas para la investigación de rentabilidad y eficacia de los grupos terapéuticos son otro aspecto de interés de este trabajo, que sintetizo en tres conclusiones:

1. Las psicoterapias grupales son más eficaces que las individuales.
2. Las psicoterapias individuales generan mayor número de asistencias en los CSM.
3. Las psicoterapias grupales son muy eficientes. Es una modalidad de tratamiento muy rentable en cuanto a utilización de espacio, tiempo y personal.

Este trabajo confirma nuestra experiencia en clínica grupal, iniciada en 1974, que nos ha permitido constatar que "las psicoterapias de grupo ofrecen un 'plus' y garantizan la excelencia psicoterapéutica por sus numerosos factores terapéuticos". Además de ofrecer una relación coste/beneficio de gran interés, por su potencial terapéutico y buenos resultados, se han hecho imprescindibles para la red asistencial (38-41). Los grupos terapéuticos son eficaces y cumplen los criterios de eficiencia, al ser compatibles con el número de profesionales del equipo; y pueden ofrecerse con agilidad y encuadres semanales en situaciones de crisis, y en encuadres breves o menos breves para la mayoría de los pacientes.

En el CSM de Getafe se ofrecían con diferentes encuadres: semanales-quincenales, breves-prolongados, corredores terapéuticos/situaciones de crisis; y siempre en función de la gravedad de la psicopatología. Y en el CSM de Alcorcón los realicé en patologías graves, psicosis esquizofrénicas, bipolares y trastornos de personalidad. Al disminuir la cronificación de síntomas, patologías y tratamientos, los grupos terapéuticos son un compromiso ineludible. Los tratamientos han de realizarse en los inicios de las crisis y en encuadres frecuentes para reducir su evolución a la cronicidad. Lograremos un mejor pronóstico para los pacientes si las intervenciones psicoterapéuticas son ágiles, con criterios compartidos y encuadres claros.

Por otra parte, las psicoterapias de grupo en los SSM contribuyen a la disminución del "estigma" de las patologías mentales. Los propios pacientes en los grupos aprehenden a dudar de las causas que lo social y lo "científico" han dado a su malestar: el origen biológico. Las certezas de los psicóticos, inamovibles al inicio de los grupos, son cuestionadas. El punto de inflexión se produce en la relación y diálogo con los otros, cuando expresan sus conflictos interpersonales, después de ser conscientes del valor del tratamiento farmacológico (42).

En resumen, se constata que los procesos terapéuticos grupales logran la mejoría en la evolución y pronóstico; y en algunos pacientes, cambios subjetivos. Una

oferta grupal amplia en la cartera de servicios tendría como efecto la disminución de las resistencias a los tratamientos psicológicos, que se manifiesta como rechazo en la psicosis y, por ello, no demandan tratamiento. En nuestra experiencia, si el profesional muestra su deseo y constancia al paciente grave, logrará su participación en el grupo terapéutico durante muchos años.

b) Los grupos terapéuticos en los trastornos graves

La clínica grupal se demuestra como un instrumento estabilizador en los pacientes graves y en las psicosis, al posibilitar un espacio privilegiado de relación con el otro (43,44). La estrategia de elección en las patologías graves es la psicoterapia grupal combinada con psicofármacos. El grupo les procura un espacio donde disminuirán sus temores a las relaciones interpersonales, hablarán de sus síntomas, para después ubicarlos en el contexto de significación, sus vínculos con los otros. Es un gran espacio terapéutico porque les permite poner en palabras la agresividad, los delirios y las alucinaciones, y desplegar el "grupo interno" y las problemáticas intersubjetivas de su grupo familiar actual en el "grupo externo"; sabiendo que lo interno es externo y viceversa.

El analista grupal/coordinador facilitará en sus intervenciones la interacción, cohesión, interrelación, la producción de vínculos duales, sugrupales y grupales. En estos grupos se trata de aminorar las transferencias verticales hacia el coordinador y promover las transferencias laterales, los vínculos intersubjetivos. Estas intervenciones en la psicosis y patologías graves generan una red vincular entre ellos y con el coordinador, lo que produce una "trama grupal" que es esencial para su mejoría. Esta estructura grupal organizada en la vinculación grupo-coordinación-tarea, investigada por Bauleo (45), es fundamental en las psicopatologías graves. Sabemos que lo nuclear en la psicosis es el rechazo al lazo social, el aislamiento en las relaciones con los otros; y en las patologías *borderline*, la fragilidad y dificultad en las relaciones interpersonales.

Los procesos grupales terapéuticos en estos pacientes son de gran interés por la producción de triangulaciones sucesivas que permiten cuestionar la simbiosis "dual" con la madre. Las múltiples vinculaciones, estructuraciones y dinámicas facilitarán la separación del vínculo simbiótico e indiscriminado con el Otro materno. En estos pacientes que no lograron incorporar la función paterna, y, por tanto, no accedieron al registro simbólico, estos procesos de triangulación son de extraordinaria importancia para la incorporación del "tercero" en la relación. El grupo terapéutico tiene esta función de suplencia de la falla en la función paterna. El grupo posibilitará el acceso a la palabra y, por tanto, la entrada al orden simbólico, que es un registro muy afectado en los pacientes graves, si previamente ha cumplido su función de espacio de contención pulsional y pertenencia. El grupo actuará como un "tercero", como

la Ley simbólica que posibilita la entrada progresiva a los procesos de significación y sentido. Pero, en cualquier caso, se precisará un largo proceso para que puedan construirse como sujetos.

En resumen, las psicoterapias de grupo han de ser el eje central de la asistencia, docencia e investigación, porque, además, promueven el funcionamiento en equipo. Los grupos de psicoterapia, por sus importantes factores terapéuticos, son relevantes en salud mental y también en atención primaria para el tratamiento de las patologías crónicas causadas por problemáticas afectivas o psicopatologías derivadas de enfermedades somáticas. Las estrategias psicoterapéuticas grupales son el instrumento privilegiado para reducir los costes socioeconómicos y las listas de espera, y promover una mejor organización y funcionamiento de los SSM y una mejor coordinación con atención primaria, servicios sociales y otros dispositivos.

En el aprendizaje durante la residencia, los profesionales aprehenderán que el sujeto se construye en la relación con el Otro y los otros, y que sus vínculos significativos serán fundamentales en sus modos de vinculación con los otros, su psicopatología y la modalidad del vínculo terapéutico. Las metodologías grupales serán excelentes para el conocimiento de las complejas redes vinculares y para la comprensión de su influencia en los sujetos.

Conclusiones y propuestas

a) Formación

* La psicoterapia individual, familiar y de grupo son "prestaciones obligatorias" para psiquiatras y psicólogos en el Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006) (46). Sin embargo, el título de Especialista en Psiquiatría y Psicología clínica no habilita legalmente para ejercer como psicoterapeuta. Situación paradójica después de 10 años de estudios para los MIR y 8 para los PIR, sin contar la preparación para el examen de residencia, ni la nota de corte de 13 sobre 14 puntos en Medicina en 2020.
* Se propone un Área de Capacitación específica en Psicoterapia, que será relevante y central en el programa de formación MIR y PIR. Los conocimientos básicos en las diferentes psicoterapias se ofertarán en el primer año, para que en años sucesivos se pueda profundizar en esa disciplina.
* El Área de Psicoterapia ofertará una amplia formación en psicoterapia psicoanalítica individual y grupal, pues esta teoría y práctica ha demostrado similares resultados a corto plazo en comparación con otras psicoterapias, pero mayor eficacia a largo plazo. Se ha constatado como un instrumento imprescindible para develar aquello que no fue significado por el sujeto y le resultó

traumático. La Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN y la de Psicoanálisis podrían colaborar en el desarrollo de estos contenidos del programa.

b) Asistencia

* Para cumplir los objetivos en la formación de los residentes, el responsable de psicoterapia del CSM, con el apoyo institucional, propondrá un programa de psicoterapias como eje central de los tratamientos en los SSM. Es un programa imprescindible, pues la evidencia científica ha mostrado que la psicoterapia ha de ser el tratamiento de elección en los trastornos leves y moderados, y, en combinación con los psicofármacos, en los graves y algunos moderados.
* El programa de psicoterapias de los CSM integrará y promoverá los grupos terapéuticos en los dispositivos de SM de su territorio, garantizando la calidad de los tratamientos psicoterapéuticos y el aprendizaje de la psicoterapia individual y grupal por parte de los MIR y PIR.
* El programa de psicoterapias tendrá un núcleo central: el programa de psicoterapia grupal, que se organizará con los grupos terapéuticos, familiares y multifamiliares. Este subprograma será de elección, porque lo grupal es el instrumento que posibilitará el cambio de la atención a la salud mental. Los grupos terapéuticos mejoran indicadores fundamentales: la menor evolución a la cronicidad, la lista de espera, la prescripción de psicofármacos, el número de asistencias y urgencias en atención primaria, CSM y hospitalaria (número y días de ingreso), así como la independización de los servicios, los días de baja y las pérdidas laborales.
* Instamos a las CNE, ORSM, unidades y comisiones docentes, y de formación continuada a que trabajen coordinadamente para lograr que las psicoterapias, especialmente, las de grupo, ocupen el lugar relevante que les corresponde en el campo de la salud mental (asistencia, docencia e investigación). Y, sobre todo, privilegiarlas en el tratamiento de los trastornos mentales graves, junto a la psicoterapia del grupo familiar y multifamiliar.

c) Titulación

- Se propone que la titulación al finalizar el MIR y PIR se denomine "Especialista en Psiquiatría-Psicología clínica y Psicoterapia". Las horas de acreditación de psicoterapia, teórica y práctica, serían aseguradas por las CNE en los programas de formación. En los cuatro años de residencia, con 3 horas semanales, se cumplirían los criterios de las entidades acreditadoras, entre ellas, la AEN y la FEAP (500 y 600 horas teóricas, respectivamente). Respecto a las prácticas, solo con la documentación de la psicoterapia semanal

de un paciente, una familia y un grupo al año, a lo largo de los 4 años, se lograrían las horas de acreditación en la práctica psicoterapéutica (los primeros 6 meses como observador no participante).

- En relación a la supervisión, con las correspondientes supervisiones quincenales de las psicoterapias realizadas, se lograrían 260 horas. Y respecto al requisito de experiencia personal, con la introducción de grupos operativos o Balint, con una frecuencia mensual y duración de hora y media, se obtendrían 66 horas, que superan las 50 que solicitan la AEN y la FEAP.
- Los cambios necesarios en los programas de formación actuales, la planificación de los cursos de psicoterapia y el nombramiento de un responsable de los tratamientos psicoterapéuticos en los dispositivos solo requieren una mejor organización en equipo. Si las CNEP incorporan esta formación psicoterapéutica cumplirán un gran papel en la resolución del vacío legal existente en el reconocimiento de la profesión de psicoterapeuta. Y sentarán las bases para la imprescindible legislación oficial que debería regular la formación, el acceso y el ejercicio de la psicoterapia.

Antes de terminar, señalar unas breves palabras en relación con la actual y terrible pandemia del coronavirus que ha conmocionado y asolado nuestro país y el mundo. Sus efectos han sido y serán muy graves para muchos sujetos y sus familias: la enfermedad y muerte en soledad, las graves secuelas, el aislamiento social, la angustia, la depresión... Durante largo tiempo observaremos las repercusiones de esta crisis en todos los ámbitos de nuestra sociedad, sobre todo, en el laboral, económico, en la salud y en las condiciones de vida de la población. En esta situación me planteo dos preguntas:

- ¿Cómo se abordarán estas pérdidas tan importantes de vida, salud, trabajo, relaciones y vínculos?
- ¿Se ofrecerá psicoterapia en los CSM para elaborar el sufrimiento subjetivo y familiar, y evitar la transmisión de lo traumático a las siguientes generaciones? ¿O se generalizará el uso de medicaciones que excluyan el sufrimiento y el dolor, dejando que lo traumático quede sin elaborar?

Termino con unas palabras de agradecimiento a Freud, creador del psicoanálisis y de la psicoterapia, que permitió hablar del sufrimiento subjetivo, y a Pichon-Rivière, por su teoría grupal psicoanalítica-operativa. Desearía que este texto fuera una pequeña contribución al logro del deseo freudiano al que se refería la cita con que abría el artículo: "La forma futura de la psicoterapia para el pueblo tomará los ingredientes más eficaces del psicoanálisis" (1).

A Mariluz Ibáñez, que conocí como alumna en "lo grupal" y luego fue mi cercana compañera en el CSM de Getafe (CAM). Con todo mi cariño.

Bibliografía

(1) Freud S. Los caminos de la terapia analítica. En: Obras completas, vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

(2) Freud S. El porvenir de la terapia analítica. En: Obras completas, vol. II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

(3) Gómez Esteban R. La clínica grupal, la clínica de los grupos terapéuticos. Rev. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2019; nº 22.

(4) Gómez Esteban R. La formación del psicoterapeuta grupal. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019; 39(136): 121-146.

(5) Pichon-Rivière E. El proceso grupal. Buenos Aires: Paidós, 1975.

(6) Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental (AEN). Respuesta al borrador del "Informe sobre Pseudoterapias del Ministerio". 2019. Disponible en: http://aen.es/wp-content/uploads/2019/01/Escrito-de-la-Asociaci%C3%B3n-Espa%C3%B1ola-de-Neuropsiquiatr%C3%ADa.pdf

(7) Fernández Liria A. ¿Por qué hablar de psicoterapias en el sector público? Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019; 39(136):147-155.

(8) Ávila A. ¿Qué es la psicoterapia? En: Ávila A, Poch J (eds). Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. Madrid: Siglo XXI, 1998.

(9) Fernández Liria A., Rodríguez Vega B. Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. La óptica de las narrativas. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019; 39(136):175-189.

(10) González Torres MA. Las psicoterapias en los equipos públicos. De la preferencia personal a la respuesta terapéutica necesaria. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019; 39(136): 189-203.

(11) Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. Am Psychol. 2010; 65(2): 98-109.

(12) Sunyer JM. Psicoterapia de grupo grupo-analítica. La co-construcción de un conductor de grupos. Madrid: Biblioteca Nueva, 2008.

(13) Fernández Liria A. Algunas reflexiones sobre la práctica publica y la integración de las psicoterapias. Rev Psicopatol Psicol Clin. 1999; 4(3): 203-213.

(14) Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN, 1997.

(15) De Maat S, Dekker J, Schoevers R, De Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]; 2006.

(16) Garnés-Camarena Estruch O. La eficacia de la psicoterapia psicoanalítica. Aperturas. Revista Internacional Psicoanálisis on-line. 2011; 37. Disponible en: https://aperturas.org/articulo.php?articulo=690.

(17) Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatry 2008; 165: 631-638.

(18) American Psychological Association (APA). Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness. Agosto 2012. Disponible en: https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy

(19) Mitjavila M. Investigación y aportaciones de Peter Fonagy, una revisión desde el 2002 al 2012. Temas de Psicoanálisis. 2013; 5.
(20) Ribé JM. Psicoterapia psicoanalítica grupal con psicóticos: teoría y adaptaciones técnicas. Temas de psicoanálisis. 2017; 13.
(21) Korman V. Psicoterapia vs. Psicoanálisis. Revista Asociación Madrileña de Psicoterapia Psicoanalítica. 2006; 2:7-38.
(22) Frisch S. La psicoterapia psicoanalítica dentro del espacio sociopolítico de Europa. ¿Llega la peste? Ponencia XII, Congreso SEPYPNA. Gerona, octubre de 1999.
(23) Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu, 2017.
(24) Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. Psychother Psychosom. 2009; 78: 265-274.
(25) Castro Solano A. ¿Son eficaces las terapias psicológicas? Psicodebate 2003; 3: 59-90.
(26) Gómez Esteban R. Palabra y escucha en la relación médico-paciente. En: Manual de la relación médico-paciente. Foro de la Profesión Médica, 2019.
(27) Balint E, Norell JS. Seis minutos para el paciente, las interacciones en la consulta con el médico general. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1979.
(28) Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ed. Libros Básicos, 1961.
(29) De Felipe V. Efectividad de la psicoterapia grupal en la Unidad de Salud Mental. Modelo operativo psicoanalítico. En: De Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La clínica grupal en los SSM. Madrid: AEN, 2020.
(30) Ayerra Balduz JA. El grupo multifamiliar. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2019; 39(136):205-221.
(31) Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico–paciente. Madrid: Ed. Fundamentos, 2002.
(32) Gómez Esteban R. Los afectos del médico y sus efectos sobre la salud. En: Manual de la relación médico-paciente. Foro de la Profesión Médica, 2019.
(33) Arroyo Guillamón R. Convertirse en psicoterapeuta. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2017; 37 (131):79-94.
(34) Burlingame GM, Fuhriman A, Mosier J. The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. Group Dyn Theory Res Pract. 2003; 7(1):3-12.
(35) Gómez Esteban R. Tesis doctoral sobre las "Ansiedades del médico en la relación médico-paciente". Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, 2000.
(36) Hassanyeh R, Eccleston D, Davidson K. Rating of anxiety, depression and vulnerability. Acta Psychiatr Scand. 1981; 64: 301-303.
(37) Montilla JF, Ibáñez M, González C, Moreno P, Alcamí M, Gómez E. Evaluación de la eficacia de la psicoterapia de grupo en un ámbito ambulatorio y público (comunitario) según indicadores de consumo asistencial. En: Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN, 1997.

(38) Gómez Esteban R. El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicóticas, borderline y enfermedades orgánicas. Rev. Área 3, cuadernos de temas grupales e institucionales. 2018; 3.
(39) Gómez Esteban R. Una perspectiva psicoanalítica y grupal de los trastornos límite de personalidad. En: Experiencias terapéuticas grupales. Irazábal Martín E, Hernández Monsalve M (coords). Madrid: Grupo 5, 2013.
(40) Irazábal E (coord). Situaciones grupales difíciles en salud mental. Madrid: Ed. Grupo 5, 2014.
(41) Gamo Medina E, Gómez Esteban R (coord.). Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN, 1997.
(42) Gómez Esteban R. Clínica grupal con pacientes bipolares: un largo camino desde la "locura" a la separación. En: De Castro Oller MJ, Gómez Esteban R, de la Hoz Martínez A. La clínica grupal en los SSM. Madrid: AEN, 2020.
(43) Gómez Esteban R. ¿Trastorno bipolar/psicosis maníaco-depresiva o psicosis melancólica-bipolar? Tratamiento con psicoterapia psicoanalítica grupal combinada con psicofármacos. En: Gómez Esteban R, Rivas Padilla E. La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo. Madrid: AEN, 2007.
(44) Gómez Esteban R. Psicoterapia de grupo psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal. En: Gómez Esteban R, Rivas Padilla E. La práctica analítica en las instituciones de salud mental, la psicosis y el malestar en la época actual. Madrid: AEN, 2006.
(45) Bauleo A. Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad. Buenos Aires: Atuel, 2005.
(46) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE, núm. 222, de 16/09/2006.