

# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XII nº 49 Junio 2014



Autor: Eduardo Newark. Psiquiatra, Buenos Aires.

*"Hombre con la lengua atornillada"*. Obvia alusión a lo que traba a una persona para encontrar el conocimiento de sí mismo y del mundo que lo rodea. Si una persona no puede hacer uso de su palabra, ante el riesgo de ser sancionado, algo tan frecuente en estos tiempos de limitación de derechos sociales, no está pudiendo hacer uso de un instrumento fundamental que le permita ir más allá de lo obvio.

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

Volumen IV



Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Del Rio, Francisco  
Estévez, Juan  
Gay, Eudoxia  
Inchauspe, José Antonio  
Martínez, Ana  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Redero, Jose María  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Sánchez, Ana  
Sierra, Deirdre  
Sureda, Catalina

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba  
Álamo, Cecilio  
Albi, Inmaculada  
Álvarez, José M<sup>a</sup>  
Angosto, Tiburcio  
Aparicio, Víctor  
Arana, Xabier  
Arias, Paz  
Ballesteros, Javier  
Blas Fernández, Luis V.  
Berrios, Germán E.  
Bravo, Mari Fe  
Caldas d'Almeida, José  
Català, Laura  
Chicharro, Francisco  
Colina, Fernando  
Collazos, Francisco  
Comelles, Josep M<sup>a</sup>  
De la Gandara, Jesús  
De la Rica, José Antonio  
De la Viña, Pilar  
Desviat, Manuel  
Escalante, Carlos A.

Esteban, M. Luz  
Esteban, Ramón  
Fernández Liria, Alberto  
Ferrera, Beatriz  
García Soriano, Maite  
Gracia, Fernando  
Gil, Eugenia  
Gómez, Chus  
Gómez-Beneyto, Manuel  
González Brito, Natalia  
González-Pinto, Rodrigo  
González Saiz, Francisco  
González Torres, Miguel Á.  
Gracia, Fernando  
Guimón, José  
Gutiérrez Fraile, Miguel  
Hernández, Mariano  
Hernández Padilla, María  
Hernanz, Margarita A.  
Huertas, Rafael  
Irurzun, Juan Carlos  
Jimenez Estevez, Juan Fco.  
Laespada, Teresa

Lamas, Santiago  
Lasa, Alberto  
Lázaro, José  
Levav, Isaac  
Marín, Mónica  
Marqués, M. José  
Marquínez, Fernando  
Mayoral, Fermín  
Meana, Javier  
Medrano, Juan  
Meneses, Carmen  
Mezzich, Juan  
Molina, Germán  
Morchón, J.  
Moreno, Ana  
Munarriz, Mikel  
Olabarría, Begoña  
Palacios, Antonio J.  
Pérez, Fermín  
Pérez-S, Pau  
Polo, Cándido  
Prego, Roque  
Pradana, M<sup>a</sup> Luz

Rendueles, Guillermo  
Retolaza, Ander  
Rodríguez, Beatriz  
Rotelli, Franco  
Sagasti, Nekane  
Santander, Fernando  
Saraceno, Benedetto  
Sepúlveda, Rafael  
Serrano, Javier  
Soler, M<sup>a</sup> del Mar  
Susparregui, J. M<sup>a</sup>  
Tarí, Antonio  
Thornicroft, Graham  
Tizón, Jorge Luis  
Uriarte, José Juan  
Valverde, Mikel  
Villasante, Olga  
Zuazo, José Ignacio

✓ Acceso disponible en: [www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm) • Correo-e: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.

✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental  
Vol XII nº 49, Junio 2014

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

norte@ome-aen.org

Autor de la portada: Eduardo Newark

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:



OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

© Copyright 2014 NORTE de salud mental

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

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

# Sumario

NORTE de salud mental 49. Junio 2014

<b>Editorial</b>	5
• ¿De las UGC hacia las EBA? <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	13
• Las disciplinas orientales como herramienta para la terapia sexual. <i>Virginia Montañés Sánchez.</i>	15
• El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento. <i>Alberto Ortiz Lobo.</i>	23
• Psicoanálisis en Argentina ayer y hoy. <i>Carmen Garma.</i>	29
• Bienestar psicosocial en menores y jóvenes extranjeros sin referente familiar adulto: factores de riesgo y protección. <i>Loira Manzani y Maitane Arnosó Martínez.</i>	33
• Sabes como me espeluzna lo que dices: de las Mujeres, del Miedo y de la Transmisión. <i>Anna Miñarro y Joan Pijuan.</i>	46
• Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. <i>Wendy Dávila.</i>	58
<b>Formación Continuada</b>	65
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XVIII). Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica. 3ª parte. <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	67
• Caso clínico: Una nueva filiación. <i>Cristina Califano.</i>	73
• Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso. <i>L. Celia Fernández Martín, Clara Fombellida Velasco y Cristina Montero Fernández.</i>	76
<b>Pre-Ocupaciones</b>	83
• Grupo de trabajo e investigación sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	85
<b>Historia</b>	91
• In Memoriam: Dr. Rodrigo González-Pinto López (1921-2014).	93
<b>Actualizaciones.</b> Teresa Colomer, Oriol Martí, Iñaki Markez.	97
• Desenterrar las palabras: Transmisión generacional del trauma de la violencia política del siglo XX en el Estado español. <i>Clara Valverde.</i>	99
• Trauma y transmisión. Efectos de la guerra del 36, la posguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos. <i>Anna Miñarro y Teresa Morandi.</i>	101
• Violencia colectiva y salud mental: contexto, trauma y reparación. <i>Iñaki Markez (Coord.).</i>	104
• No es posible no comunicar. <i>Paul Watzlawick.</i>	106
• El quinto principio. Experiencias de lo inabarcable. <i>Paul Williams.</i>	107
• Relaciones tóxicas: acoso, malos tratos y mobbing. <i>Gregorio Armañanzas.</i>	108
<b>Agenda</b>	109

# Summary

NORTE de salud mental 49. June 2014

<b>Editorial</b>	5
• How the UGC to the EBA? <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	13
• The eastern disciplines as a tool for sex therapy. <i>Virginia Montañés Sánchez.</i>	15
• Working with the demand to pathology or indication of non-treatment. <i>Alberto Ortiz Lobo.</i>	23
• Psychoanalysis yesterday and today in Argentina. <i>Carmen Garma.</i>	29
• Psychosocial well-being in children and young immigrant without adult family referent: the risk and protective factors. <i>Loira Manzani and Maitane Arnoso Martínez.</i>	33
• I know how what you say: It's frightening me. Women, Fear and Transmission. <i>Anna Miñarro and Joan Pijuan.</i>	46
• Cognitive-behavioural therapy applied to obsessive compulsive disorder. <i>Wendy Dávila.</i>	58
<b>Continuing Education</b>	65
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XVIII). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	67
• A new filiation. <i>Cristina Califano.</i>	73
• Behavioral Activation Therapy for negative symptoms in schizophrenia: A clinical case. <i>L. Celia Fernández Martín, Clara Fombellida Velasco y Cristina Montero Fernández.</i>	76
<b>Concerns Challenges</b>	83
• Working group and research about the practice of the community social educator into the field of Mental Health. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	85
<b>History</b>	91
• In Memoriam: Dr. Rodrigo González-Pinto López (1921-2014).	93
<b>Book reviews.</b> Teresa Colomer, Oriol Martí, Iñaki Markez.	97
• Desenterrar las palabras: Transmisión generacional del trauma de la violencia política del siglo XX en el Estado español. <i>Clara Valverde.</i>	99
• Trauma y transmisión. Efectos de la guerra del 36, la posguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos. <i>Anna Miñarro and Teresa Morandi.</i>	101
• Violencia colectiva y salud mental: contexto, trauma y reparación. <i>Iñaki Markez (Coord.).</i>	104
• No es posible no comunicar. <i>Paul Watzlawick.</i>	106
• El quinto principio. Experiencias de lo innumerable. <i>Paul Williams.</i>	107
• Relaciones tóxicas: acoso, malos tratos y mobbing. <i>Gregorio Armañanzas.</i>	108
<b>Calendar</b>	109



# EDITORIAL



# ¿De las UGC hacia las EBA?

## *How the UGC to the EBA?*

Clínica, gestión e integración están conformándose como palabras de la realidad del lenguaje y del modelo asistencial. Muchos profesionales piensan que el modelo de atención sanitaria ofrecido a las personas en el marco del sistema público ha de recuperar sus valores, y que necesita ser estremecido de alguna manera. Zanzarlo para mejorar la participación en la toma de decisiones (gestión más participativa menos control y mando), para personalizar la atención (más precisión en la cartera de servicios y planes de atención individualizados), para potenciar liderazgo social necesario (médico cooperante con entidades colaborativas), y, favorecer más la integración de los niveles asistenciales y con la comunidad (incidir sobre los determinantes de la salud, la atención domicilio, procesos asistenciales integrados, continuidad cuidados, el trabajo cooperativo, etc.). Este cambio de paradigma cultural y organizacional solo puede realizarse desde un conocimiento profundo de lo clínico asistencial y con un mayor empoderamiento de los profesionales y la ciudadanía en las propias decisiones del sistema sanitario. Así como, ir extirpando las montañas de burocracia (Pedrera et al, 2008; SMFyC, 2008) que día tras día devora la actividad clínica en beneficio de una supuesta optimización de la gestión que no es percibida en la asistencia. Ninguna organización o ningún proyecto pueden avanzar sin contar con participación de los miembros que la integran.

La gestión clínica tiene como objetivo ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles (efectividad), acordes con la información científica disponible (eficacia) y con los menores inconvenientes y costes (eficiencia) (Pérez et al., 2002). En algunos casos esto requiere un proceso de rediseño organizativo que incorpore al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica. ¿Quién podría decir que no está de acuerdo con estas líneas? Otra cosa es cuando vamos al día a día y aplicamos de forma automática conceptos a contextos

no originarios. Y la pregunta es ¿Quién es el centro del sistema: paciente, organización, ahorro?

Las unidades de gestión clínica (UGC), en nuestro país, aparecen en un contexto de reorganización para garantizar la sostenibilidad del sistema a raíz de la crisis económica. En un contexto de recortes en la sanidad pública, copago de medicamentos y pérdida de derechos. Un sistema sanitario que con un PIB más bajo que Estados Unidos mantiene unos niveles de eficiencia reconocidos internacionalmente (WHO, 2000) y ofrece una sanidad universal. En Estados Unidos la sanidad representa un 17,7% del PIB y deja fuera el 20% de la población. Los gobernantes, mantienen que la sanidad es un gasto y que no produce riqueza a un país. Esta es una visión ideológica arcaica, Y convierten la economía de mercado en una sociedad de mercancía. No se puede convertir todo en una mercancía para el intercambio. La política de externalización represento esta ideologización lejos de una posición técnica, y menos aún, que estuviera basada en pruebas. Cuando se le han solicitado las pruebas que justificarán sus decisiones nunca han puesto los estudios sobre la mesa. El fracaso de esta política en Madrid, les, ha llevado al Ministerio de Sanidad (2013) a reformular su posición con el pacto por la sanidad. Esta es la opinión mayoritaria, sostenida por asociaciones profesionales y sindicales.

Otros, los, menos, y algunas, comunidades, sostienen que las UGC es una respuesta instrumental a una inevitable participación activa de los actores. La UGC es una estrategia proactiva para establecer un nuevo modelo organizativo para orientarse hacia la excelencia. Por lo tanto, intentan desvincular la UGC de la crisis. Esta posición fue defendida por la exconsejera de Sanidad del Servicio Andaluz de Salud, quien comenzó la reforma del sistema andaluz en el 2000 vinculado a los planes de calidad.

Otra posición, es que las UGC, es un instrumento de gestión que dependiendo de la correlación

de fuerzas fuera y dentro del sistema sanitario, podrá dirigirse hacia un modelo u otro. Se reconoce que el sistema sanitario necesita ser reformado manteniendo su esencia de sistema público, gratuito, universal y de calidad. Esto lo mantiene compañeros ahora comprometidos con la gestión de estas Unidades y reconocen que mejora el clima laboral, mayor eficiencia en las prestaciones.

Lo cierto, es que en nuestro país, desde el Norte al Sur, las UGC se han extendido, como concepto y método en la gestión del sistema público sanitario, en general, y en la gestión de la Salud Mental. Indagar lo que nos dice la experiencia acumulada para ver si los discursos ideológicos a priori se corresponde con los desarrollos del sistema es una tarea que debemos abordar y no dejar de la mano, como si no fuera con nosotros, más aún porque tiene y está teniendo cada vez más impacto en los desarrollos posibles del sistema sanitario público. Estos cambios, pues, no se basan en la teoría de que son los principios inherentes al sector público los que hacen ineficiente el sistema, sino de que la eficiencia del sector público puede ser mejorada de forma significativa, así opinan algunos expertos, si se introducen ciertos razonamientos de mercado en su lógica de funcionamiento. Los puntos convergentes en todos los países que han llevado a cabo reformas del sector de la salud son (Bengoa, 1999): la separación de las actividades estratégicas y de financiación de las actividades de provisión; la introducción de modelos de competencia gestionada; el abandono de modelos de gestión basados en la autoridad de la jerarquía y en el control (control y mando); la restricción de modelos de mercado libre y de reembolso por acto; la reforma y fortalecimiento de la Asistencia Primaria y el desarrollo de los Sistemas Integrados de Salud “managed care”.

A pesar de que en la última década en nuestro país, algunos sectores, hablan de las UGC, como la ‘panacea’ a los problemas de sostenibilidad y gestión que sufre el Sistema Nacional de Salud, la experiencia de algunas comunidades autónomas pone en duda que estas sean la solución, o que es insuficiente. Se ha publicado distintas normas legales (o borradores en algunos casos) y algunas recurridas a los Tribunales (Europa Press, 2014) para regular esta fórmula de ges-

tión en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial brilla por su ausencia. Y el Ministerio lleva meses y meses anunciando una regulación única para el SNS pero no llega su propuesta. A lo mejor, porque no le es posible conciliar las posiciones en el interior del Consejo Interterritorial de Salud. Así pues, pese a que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, está redactando desde hace tiempo una norma a nivel estatal, las autonomías han comenzado a elaborar, e incluso decretar, por su cuenta y, salvo en aspectos como la necesidad de una evaluación del trabajo de las UGC o su periodo de vigencia, coinciden entre ellas en pocos aspectos. Los decretos de Andalucía, Castilla y León, Galicia y Asturias difieren en los tipos de unidades, en la configuración de su estructura y son poco precisos a la hora de abordar los incentivos que se otorgarán a los profesionales que formen parte de las UGC. Variabilidad de prácticas organizativas bajo un mismo concepto. El modelo de las UGC del Servicio Andaluz de Salud (SAS), tiene más de 15 años de experiencia, y a pesar de sus parones, su primer paso fue en los centros de atención primaria y salud mental. En el 2010, todos los equipos del SAS se habían constituido como unidades de gestión clínica. Para ellos esto es el germen de un modelo universal en el sistema público de Andalucía. Y en Julio del 2011 Consejería de Salud de la Junta, por, oposición de los sindicatos, se vio obligada a aparcar el decreto de Unidades de Gestión Clínica que pretendía dar estabilidad al modelo de organización integrado por el que ya se rigen más del 80% de los profesionales de hospitales y centros de salud, de esta comunidad autónoma. Las fortalezas y debilidades de las UGC en Andalucía puede consultarse (Carmona et al. 2009), quienes señalan que sus fortalezas en salud mental, están relacionada con responsabilizar y comprometer a los profesionales en el proyecto de la organización sanitaria, incorporar a los profesionales a la gestión de su servicio, potenciar la cultura organizacional, mejora de las prestaciones, y mejorar el índice de resultados.

Para algunos se reducen las UGC al reparto de incentivos económicos y dictar los objetivos a los profesionales para su cumplimiento, no siendo estos consultados y muchas veces no tienen nada que ver con la calidad de la asistencia. Po-

dríamos formular que para los más críticos la misión real de esta forma de gestión es “gastar poco, derivar poco a la especializada y mantener poco tiempo a los pacientes ingresados”, y que esta estrategia privatizadora se llevaría en dos fases, en una primera fase “se incentiva económicamente a los profesionales para que reduzcan el gasto sanitario, se impregna de cultura empresarial al personal funcionario, y una segunda fase, es dotar a estas unidades de personalidad jurídica propia para que se puedan convertir en empresas y competir entre sí”. La aprobación el 24 de julio del 2013 de la ley que modifica el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud ha ahondado los temores en este sentido. Esta abre la puerta a la laboralización del trabajador estatutario (funcionario) cuando éste se integre en una UGC. La modificación del Estatuto Marco es el primer paso, porque permitiría sacar al personal del ámbito estatutario y el siguiente paso será convertirlas en entidades jurídicas independientes y permitir la entrada de capital privado en esas microempresas (FADSP, 2014). La dinámica de privatización del Gobierno ha generado una contestación social y profesional muy amplia y con estos proyectos se puede estar intentando una privatización encubierta, dando un rodeo, para evitar esta confrontación social.

La apuesta del Gobierno por las UGC es evidente. El 30 de julio de 2013, cinco días después de la modificación del Estatuto Marco, el Ministerio de Sanidad firmaba con el Foro de la Profesión Médica un pacto que prevé su implantación a nivel estatal y autonómico, y aprobar las “modificaciones normativas” necesarias. Tres meses después, adjudicaba por 82.000 euros dos contratos de asistencia técnica y asesoramiento para la implantación de unidades de gestión clínica en los hospitales de Ceuta y Melilla. La adjudicataria de esta última, Bapp Healthcare, pertenece a Manuel Lamela, exconsejero de Sanidad de Madrid imputado por su participación en la privatización de hospitales entre 2004 y 2008. En estos días, Javier Castrodeza, director general de Ordenación Profesional, recordó que el Ministerio está trabajando para impulsar la gestión clínica en el SNS y que se han modificado el Estatuto Marco y la LOPS (ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) para «dar la cobertura legal y poder

avanzar en la creación de las UGC». Argumentó que es preciso implicar y motivar a los profesionales en la gestión de los recursos de las UGC y que la gestión clínica debería potenciar “nuevos valores para renovar el profesionalismo”. Profesionalismo hacia emprendedores empresarios. ¿Se refiere a eso?

Y frente a esta respuesta a las UGC en el sistema sanitario público, parece otra variante en una línea de privatización. El, llamado Foro de Atención Primaria trabaja en un modelo alternativo de UGC, coordinado con la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (Facme). El objetivo es dotar al profesional de más autonomía y corresponsabilidad a través de un sistema alternativo y diferenciado de los modelos de gestión de las Entidades de Base Asociativa (EBA) de Cataluña o las sociedades profesionales que estudia poner en marcha Madrid. Aunque Cataluña no dispone de UGC como tal, las EBA comparten aspectos con el modelo de gestión clínica. Así, los centros que figuran bajo el modelo de las EBA renuevan anualmente el contrato con el CatSalut, algo que podría equiparse con el contrato o programa de gestión clínica. En este contrato, la Administración establece unos objetivos que, a su vez, son parámetros de análisis y evaluación de los servicios prestados. Los porcentajes de cumplimiento de estos objetivos son indicadores de la eficiencia y la calidad de cada centro, por lo que de forma similar a lo estipulado en las UGC, las EBA también se rigen por unos objetivos que posteriormente son evaluados. El modelo permite la contratación pública de entidades de base asociativa de profesionales para gestionar servicios sanitarios públicos, ya sean de atención primaria, hospitalaria, sociosanitaria o de salud mental. Está hecho y diseñado para promover el paso de profesionales sanitarios desde la gestión pública, estatutarios de la Seguridad Social o funcionarios, al de la gestión privada. Con una relación laboral y como copropietarios de la entidad. La fórmula jurídica puede ser como sociedad limitada, cooperativa, cooperativa laboral o anónima. Hasta ahora la mayoría de entidades han optado por la sociedad limitada que tiene amplia experiencia en el mundo profesional como instrumento jurídico donde insertar su actividad profesional. Todas ellas tienen ánimo de lucro, condición que les ha supuesto



una corriente de opinión contraria que pone en duda que un servicio público se pueda gestionar con entidades de este tipo. Desde 2007 existe una ley estatal específica de sociedades profesionales que las ha dotado de un marco jurídico propio que genera seguridad a los socios, facilita las relaciones entre ellos y su entrada y salida de la sociedad como socios. Las sociedades profesionales deben tener un mínimo del 51% de sus participaciones en manos de los sanitarios y el resto puede estar en manos de cualquier socio, entidad o persona.

Lo cierto es que no hay evidencia que demuestre que los modelos de gestión privada son más eficientes que los públicos. Los modelos de gestión empresarial implican cambio o modificación de los roles del personal asistencial: de clínico o cuidador a gestor. Los modelos de gestión privada de la atención implican aumentos significativos del número de pacientes por profesional, lo que deteriora la calidad de los cuidados. Los objetivos de reducción del gasto sanitario plantean conflictos éticos al traspasar dicha acción al personal médico a cambio de incentivos económicos. En el caso de la farmacia, el propio SNS debería ser quien garantizara la formación e investigación con criterios de rentabilidad social. Además, sería más rentable la producción propia (así como un sistema de compras centralizadas en los casos que no sea posible) y distribución de los medicamentos más prescritos desde los propios centros sanitarios.

## Bibliografía

Pedrera Carbonell V, Bonet Plá A, Scharwz Chávarri G, Soler Torró JM, Ortuño López, JL, Prieto Erades I et al. (2008). Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria. *Aten Primaria* 40: 273-4.

Grupo de Gestión de la SVMFyC (2008). Medidas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Documentos semFyC No25. [Acceso 17 de marzo de 2008] [http://www.semfc.es/pfw\\_files/cma/e-Commerce/Publicaciones/documentos\\_semfc/documentos/Documento%2025.pdf](http://www.semfc.es/pfw_files/cma/e-Commerce/Publicaciones/documentos_semfc/documentos/Documento%2025.pdf)

La gestión clínica, como concepto, puede ser una alternativa, e incluso contraponerse, a la privatización de los centros, que conservarían una gestión pública directa pero con un modelo organizativo más descentralizado, con mayor autonomía y control de las decisiones, pero como método, se puede pervertir, lo que dependerá de múltiples factores, entre ellos, de la correlación de fuerzas del momento. Probablemente su carga perversa este en el cumplimiento de los objetivos, que se está usando para introducir incentivos, fomentando que se ahorre dinero y penalizando los gastos. Si bien, hasta ahora, en ninguna de las normas autonómicas se contempla que las UGC tengan entidad jurídica propia. Sin lugar a dudas. Si se convierten en una entidad jurídica propia para su conversión en empresas, al estilo de las Entidades de Base Asociativa (EBA), sociedades anónimas, limitadas o laborales formadas por facultativos, como las que se han implantado en la atención primaria de Cataluña, se abra cumplido los presagios de aquellos que decían que las UGC era una nueva ofensiva privatizadora. Habrá que seguir movilizado.

Francisco Rodríguez Pulido.

Psiquiatra, Tenerife.

Pérez, J.J. García, J, Tejedor, M (2002). Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev. Calidad Asistencial*, 17: 305-311.

World Health Organization (2000). The World Health Report-2000: health systems: improving performance. Genève: WHO.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Foro de la Profesión Médica (2013). Acuerdo de 30 de Julio 2013. <http://www.ico.mem.es/verDocumento.ashx?id=1227>

Bengoa, R (1998). Tendencias recientes y formas de los Sistemas de Salud. Mercados

internos con competencia y sin competencia y los Sistemas Integrados de Salud. Aceptado para su publicación el 10-2-1998. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n2/salud1.html>.

Europa Press. CC.OO estudia recurrir el decreto de gestión clínica. 14 de Junio 2014.

Carmona Calvo, J. Gay Pamos, E. del Río Noriega, F. Tesoro Ámate, A. (2009). La gestión clínica en Andalucía. En *Gestión Clínica en Salud Mental*. Carmona Calvo, J. del Río Noriega F. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Serie Estudios 43. Madrid.2009. [http://www.aen.es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=3056&Itemid=50](http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3056&Itemid=50)

Servicio Andaluz de Salud (2008). Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud», en BOJA núm. 53, Sevilla, 17 de marzo de 2008.

Servicio Andaluz de Salud (2007). Decreto 197/2007, de 13 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud», en BOJA.

Decreto BOPA 662009, 14 de julio. BOPA 170, 24 de julio de 2009. (Consultado el 24/9/2012.) Disponible en: <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e19110000of7/?vgnextoid=d7d79d1>

Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (2014). *Unidades de Gestión Clínica. ¿Un rodeo para la privatización sanitaria*. Febrero. 2014. <http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/02/UNIDADES-DE-GESTION-CLINICA.pdf>





**ORIGINALES Y REVISIONES**



# Las disciplinas orientales como herramienta para la terapia sexual.

## *The eastern disciplines as a tool for sex therapy.*

Virginia Montañés Sánchez

Lda. en CC. de la Información, Universidad Complutense de Madrid y DEA en Antropología Social, Universidad Autónoma de Madrid.

**Resumen:** Una de las principales críticas que se hace a la terapia sexual convencional es su enfoque en el rendimiento fisiológico, dejando de lado los factores psicológicos, emocionales y sociales que pueden estar relacionados con los malestares sexuales. Algunas investigaciones y encuestas consultadas demuestran que el modelo de respuesta sexual que se inicia con el deseo y finaliza con el coito no encaja en los patrones actuales de sexualidad, quedando el deseo sexual muy por debajo de otros motivos para tener relaciones sexuales. De hecho, una de las principales causas por las que las mujeres acuden a consulta es la ausencia de deseo sexual. Algunas investigaciones han acudido a disciplinas más holísticas para tratar este tipo de problemas. Los estudios sobre tratamientos basados en el yoga, en la atención plena, en la meditación terapéutica o en la acupuntura han dado resultados positivos demostrando que podrían constituir herramientas capaces de mejorar la vida sexual de las personas sin los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos.

**Palabras clave:** sexualidad, meditación, atención plena, terapia sexual, disfunciones, malestar sexual, yoga, disciplinas orientales.

**Abstract:** One of the main criticisms made to conventional sex therapy is the focus on the physiological performance, rather than on the psychological, emotional and social factors that may be related to sexual distress. Some researches and surveys consulted show that the model of sexual response that begins with the desire and ends with intercourse does not fit into current patterns of sexuality, sexual desire being well below other reasons to have sex. In fact, one of the main reasons why women seek professional care is the lack of sexual desire. Some researchers have turned to more holistic disciplines to address such problems. Studies based on yoga, mindfulness, therapeutic meditation or acupuncture treatments have yielded positive results showing that they could become tools to improve human sexual life without the side effects of drug treatments.

**Key words:** sexuality, meditation, mindfulness, sex therapy, dysfunction, sexual distress, yoga, oriental disciplines.

## Introducción

En su décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10),<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tipificado los males sexuales como disfunciones sexuales dentro del apartado de trastornos mentales y del comportamiento. Entre ellos se encuentra la ausencia o pérdida del deseo sexual, el rechazo sexual y falta de placer sexual, fracaso de la respuesta genital, disfunción orgásmica, eyaculación precoz, vaginismo no orgánico, dispareunia no orgánica, impulso sexual excesivo y otras disfunciones sexuales. También tipifica como trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto los denominados trastornos de la identidad sexual (transexualidad, travestismo no fetichista, trastorno de la identidad sexual en la niñez y otros) y trastornos de la inclinación sexual (fetichismo, travestismo fetichista, exhibicionismo, escoptofilia -voyeurismo-, pedofilia, sadomasoquismo, trastornos múltiples de la inclinación sexual y otros). Como trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales se encuentran el trastorno de la maduración sexual, la orientación sexual ego-distónica, trastorno de la relación sexual y otros. El CIE-10 se utiliza a nivel internacional para clasificar y codificar las enfermedades de manera que se facilite su comparación a efectos de recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas. Es decir, lo que se considera trastorno o disfunción en el CIE es considerado como tal en casi todo el mundo.

La Asociación Americana de Psiquiatría, por su parte, también ha tipificado en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, siglas en inglés)<sup>2</sup> los trastornos sexuales y de la identidad sexual en tres categorías: Trastornos o disfunciones sexuales (trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, trastornos orgásmicos, trastornos sexuales por dolor, por enfermedades médicas u otros); parafilias (exhibicionismo, fetichismo, frotismo, pedofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyeurismo, parafilia no especificada); y trastornos de la identidad sexual (denominados

disforia de género, definido por la CIE-10 como transexualismo). En mayo de 2013 se publicó la V edición del Manual, en la que se eliminaron, entre otros cambios, el trastorno hipersexual, el trastorno por aversión al sexo y algunos subtipos del trastorno de identidad de género basados en la orientación sexual, como la transexualidad (1).

Michel Foucault describe en *Historia de la sexualidad* cómo a partir del siglo XIX se desarrolló una creciente preocupación por los estudios científicos sobre la sexualidad, lo que derivó en la construcción de la sexualidad como objeto de la ciencia (2). Con el paso del tiempo, esta ciencia sexual se ha ido conformando en relaciones de poder, produciendo, mediante técnicas establecidas, discursos “verdaderos” sobre el sexo, avalados por la institución médica y presentados en un lenguaje biomédico que no tiene en cuenta contextos sociales, relacionales y psicológicos. Así, se han definido como normales prácticas sexuales basadas en esquemas únicos, genitalizados y homogéneos, universalizando un modelo de sexualidad basado en criterios androcéntricos, mientras que se ha tipificado como disfunción todo malestar que se desvíe de dichos patrones (3, 4 y 5), perpetuando lo que denominamos heteropatriarcado.

Las principales críticas a la sexología actual se refieren a la existencia de una medicalización de la terapia sexual con la consiguiente dependencia en la intervención farmacológica (3). Para algunas autoras, la sexología actual se centra en las funciones y disfunciones sexuales en lugar de abordar los aspectos subjetivos de la sexualidad (6, 7 y 8). Al parecer el enfoque psico-médico para el tratamiento de problemas sexuales tiene una historia relativamente corta: en la década de 1980 se produjo un cambio de paradigma por el cual los tratamientos humanísticos y conductuales cayeron en desgracia. En esa fecha, el tratamiento de problemas sexuales comenzó a entrar en el dominio de la medicina. Entre las causas que Lori Brotto et al. (8) mencionan se encuentra el interés de los urólogos en las bases biológicas de las dificultades sexuales y en los beneficios de las intervenciones médicas para curar disfunciones eréctiles. Otras autoras mencionan el papel de las empresas farmacéuticas y la forma de financiación de la investigación sobre sexualidad como causantes de la hegemonía del enfoque biomédico en la terapia sexual (3, 9).

<sup>1</sup> La lista completa se puede consultar en: <http://www.cie10.org> y [http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie\\_10/cie10.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10.html)

<sup>2</sup> La lista completa se puede consultar en: <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv.html>

Sin embargo, no parece que las terapias basadas en tratamientos farmacológicos estén teniendo buenos resultados en algunos casos. Un ejemplo de ello es que, tras el aparente éxito de los agentes farmacéuticos orales para dificultades sexuales de los hombres existe, al menos, un tercio de hombres que no repite tratamiento con estos medicamentos (8). Además, su éxito puede ir acompañado de un aumento de la insatisfacción de las parejas femeninas que se habrían acostumbrado a un repertorio sexual no tan centrado en el coito. Por otra parte, tampoco parece haber pruebas que demuestren la eficacia de los productos farmacéuticos destinados a mujeres con problemas sexuales (8, 10).

### Materiales y métodos

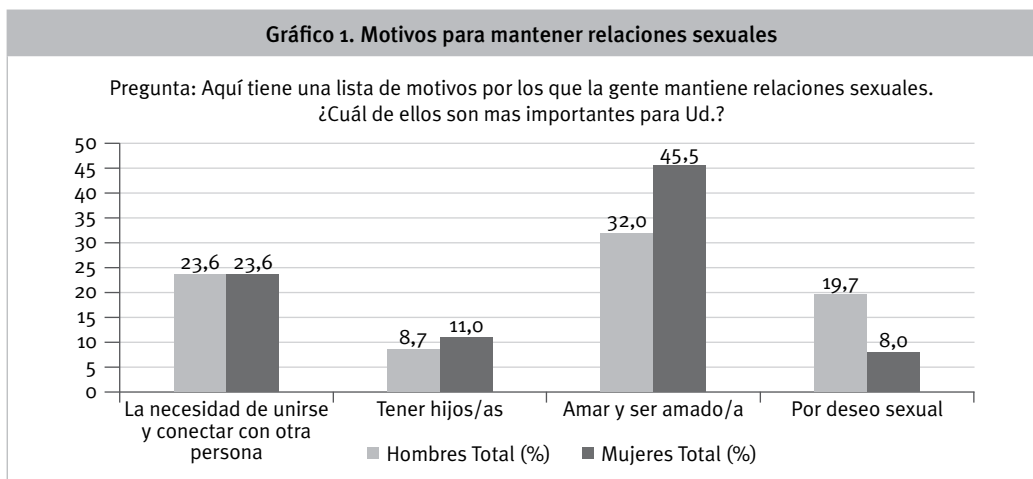
Este texto está basado en una revisión parcial de la literatura existente sobre el tema, tanto empírica como teórica. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos y revistas científicas, así como en diversos sitios web de internet. Los descriptores utilizados fueron: salud y sexualidad, medicalización sexualidad, orgasmo y salud. Las bases de datos consultadas fueron: Ebsco, Proquest, Medplus, Internet Archive. También se consultó el catálogo de la biblioteca de la Universidad de Granada, revistas y webs especializadas (*Journal of Sex and Marital Therapy*, *Radical Statistics*) y buscadores de internet (google, duckduckgo) y el archivo personal de la autora. La lectura de la primera selección de textos

dio lugar a una segunda búsqueda de textos más específicos extraídos de la bibliografía citada.

### Resultados

Una encuesta realizada por La Maleta Roja en España en 2010 reveló que el 76% de las personas encuestadas había llegado a practicar sexo con su pareja solo por complacerla (11). Unos años antes, en 2005, una investigación internacional liderada por Rosemary Basson (10) había demostrado que el modelo lineal de la respuesta sexual humana desarrollado por William Master y Virginia Johnson (13), deseo-excitación (con un marcado foco genital)-orgasmo-resolución, ha dejado de ser válido. Según esta investigación, las mujeres, especialmente las que tienen relaciones de larga duración, inician y/o aceptan sexo por diferentes razones, entre las cuales se encuentran: aumentar la cercanía emocional con la pareja, aumentar el bienestar de las propias mujeres, sentirse más atractiva, más atraídas por la pareja, concebir y, sólo a veces, para satisfacer su propio deseo o necesidad sexual. Como puede verse en el gráfico 1, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual realizada en 2009 en España avalan estos datos, siendo el deseo sexual el cuarto motivo por el que tener relaciones sexuales para las mujeres, (después de “amar y ser amada”, “necesidad de unirse y conectar con otra persona” y “tener hijos”, en ese orden), y el tercero para los hombres, (por delante de “tener hijos”).

**Gráfico 1. Motivos para mantener relaciones sexuales**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Como hemos visto en la introducción, la disfunción sexual femenina (DSF) se utiliza como un término genérico que incluye trastornos relacionados con el deseo sexual, la excitación, el orgasmo y el dolor sexual. La disfunción o trastorno orgásmico femenino y la falta de deseo sexual se encuentran entre los problemas más recurrentes en las consultas (14, 15). Aunque escaseen los datos objetivos, estos problemas parecen estar más asociados con problemas psicológicos, emocionales y sociales que con factores fisiológicos. De hecho, el mismo comportamiento sexual está íntimamente entrelazado con factores emocionales, psicológicos y culturales (15, 16) y por roles de género. Sin embargo, la terapia sexual convencional parece haberse centrado más en el rendimiento que en el placer, siendo criticada por preocuparse de eliminar los síntomas (por ejemplo el bajo deseo) independientemente de su significado, propósito o valor. Así, para algunas autoras, los criterios de resultados (por ejemplo, el ángulo o la rigidez de las erecciones) no tienen en cuenta la experiencia subjetiva (4).

La educación también juega un papel clave a la hora de transmitir patrones rígidos de sexualidad y roles de género heteropatriarcales. Eva Alcántara y Ana Amuchástegui (5) observaron durante un año las sesiones de un grupo de terapia sexual, llegando a la conclusión de que muchos de los malestares sexuales de los participantes estaban relacionados con la existencia de un modelo ideal de normalidad sexual, centrado en la heterosexualidad genital. Las preocupaciones de los hombres en el grupo de terapia estaban centradas en cubrir los estándares de perfección con el funcionamiento del pene: falta de control de la eyaculación o la erección. Y en las mujeres, las demandas estaban relacionadas con dificultades en llegar al orgasmo durante la penetración, ya que el modelo ideal de normalidad sexual define éste como la parte culminante del placer sexual. Según este modelo, “este orgasmo sólo es verdadero bajo una forma específica, es decir, cuando es provocado por un pene durante la penetración vaginal” (5:181) siendo infravalorados otros tipos de orgasmo. Así, los terapeutas designaban ejercicios encaminados a la consecución del orgasmo durante el coito heterosexual, definiendo por anticipado lo más

conveniente para el paciente y restando importancia a las necesidades reales de la persona. Para las autoras, “la respuesta sexual es múltiple y la idea de que existe un solo patrón de respuesta sexual incrementa la ansiedad de las personas que creen alejarse de los estándares de normalidad y salud” (5:175).

En contraste con el panorama de la terapia sexual convencional en Occidente, diferentes disciplinas orientales como el Tantra, el Tao, la atención plena, la acupuntura, la meditación y el yoga han sido utilizados para mejorar la vida sexual de las personas y para el tratamiento de algunos problemas específicos. La investigadora canadiense Lori Brotto utiliza desde hace años técnicas milenarias como la práctica de la atención plena (*mindfulness* en inglés) y el yoga para tratar las denominadas disfunciones sexuales (17).

Según Lori Brotto y otros autores (8), una gran parte del sufrimiento psicológico es consecuencia de patrones condicionados de percepción, de pensamientos, ideas, actitudes y conductas, y el yoga puede ser usado para aliviar muchos de estos malestares. Estos autores han encontrado resultados positivos de la práctica del yoga (solo, o en combinación con la meditación) en personas con problemas psicológicos, produciendo una mejora del estado de ánimo y la remisión de estados depresivos, tanto a corto como a largo plazo). También mencionan beneficios sobre la salud física, como la mejora de la tensión arterial, del índice de masa corporal y del ritmo cardíaco, la mejora de la habilidad motora en menores y una capacidad pulmonar similar a la de atletas. Algunas investigaciones empíricas mencionadas por los autores apuntan a que el yoga modera la atención y la respiración, disminuye la ansiedad y el estrés, induce a un estado de relajación y modula la actividad cardíaca del sistema parasimpático. Según afirman, todos estos efectos tienen relación con mejoras en la respuesta sexual, remarcando el efecto del yoga en la atención plena o la capacidad para permanecer en el presente sin juzgar: “dada la tendencia a distracciones que impide el funcionamiento sexual de las mujeres (...), la mayor capacidad para minimizar distracciones y aumentar la conciencia del cuerpo de manera que permita la detección e integración de señales sensoriales en la conciencia es una faceta

importante de por qué el yoga puede ser útil para mejorar la sexualidad” (8).

Chakra significa “rueda”, los chakras son vórtices de energía, intercambian la energía en dos direcciones, de lo físico a lo etéreo y viceversa, se cree que son las puertas de la conciencia. Singh y Stauth (18) han citado diversos estudios científicos que prueban la existencia de los chakras. Según estos autores, ciertas enfermedades relacionadas con la sexualidad indican un bloqueo o estancamiento de la energía en el segundo chakra (*Swadhisthana*). Una forma de liberar la energía estancada es elevar o mover la energía *kundalini* por la espina dorsal hacia el cerebro a través de los *nadis* (canales no físicos por los que circula la energía). Tanto el Tantra como el yoga *kundalini* utilizan el yoga como herramienta para mover esta energía curativa. De este modo, se puede tomar conciencia de uno/a mismo y liberar la energía bloqueada. La energía *kundalini* aumentaría el placer sexual y prolongaría la longevidad de la sexualidad, facilitando orgasmos masculinos sin eyaculación. Por eso, autores como Lori Brotto recomiendan que se investigue más sobre los posibles usos del yoga *kundalini* para tratar problemas sexuales. Según esta autora y otros colegas, la ventaja del yoga *kundalini* estriba en que no requiere ser una persona experta en yoga o seguir instrucciones de un profesor o profesora de yoga a largo plazo, aunque sí se requiere una instrucción inicial. Así, las personas que lo practican pueden hacerlo en su casa. Además, para los autores, al tener una naturaleza holística, integrando el yoga con la respiración, los resultados se notan mucho antes que con otras formas de yoga (8).

La extensa literatura no empírica recomienda diversos ejercicios de yoga para mejorar o tratar problemas relacionados con las funciones sexuales, tanto en hombres como en mujeres, entre los que se encuentran la espermatorea, disfunción eréctil, eyaculación precoz, problemas para llegar al orgasmo, la dismenorrea, síntomas de la menopausia y menstruación, dolores del parto, fortalecimiento del suelo pélvico, incontinencia urinaria, mejora del deseo sexual y la excitación, síndrome de vestibulitis vulvar o vestibulodinia, vaginismo, síntomas de VIH y herpes, recuperación tras un aborto, deficiente

flujo sanguíneo genital (8). A pesar de ello, existen pocos estudios empíricos que avalen estas afirmaciones según los cánones científicos occidentales. Brotto menciona un estudio en el que se comprobó que la práctica diaria de determinadas posturas y respiraciones yóguicas, mejoraba notablemente la latencia eyaculatoria de hombres con eyaculación precoz. En dicho estudio, se ofreció a 68 hombres elegir entre un tratamiento farmacológico tradicional con fluoxetina (prozac) o un tratamiento basado en el yoga. Los 38 hombres que participaron en el grupo de yoga practicaron una serie de *asanas* (posturas) y *pranayamas* (respiraciones) durante una hora diaria, además de técnicas de relajación y ejercicios pubococcygeos y perineales. Sin embargo, no recibieron terapia sexual o educación sexual. Todos los hombres experimentaron mejoras significativas en su latencia eyaculatoria, además de no haber efectos secundarios ni deserciones en este grupo (19).

La meditación terapéutica también ha sido utilizada para tratar la impotencia en los hombres y la libido débil en hombres y mujeres. Según Singh y Stauth (18) la meditación terapéutica ataca los cuatro factores principales de la impotencia y la disfunción de la libido: deterioro vascular, restaurando el flujo sanguíneo; insuficiencia del sistema nervioso, estimulando la función del sistema nervioso; problemas psicológicos, ayudando a descargar las fuentes psicológicas del estrés y desequilibrios hormonales, equilibrando las hormonas a través del eje hipotalámico-pituitario. Para estos autores, además de mejorar la función sexual, la meditación terapéutica, que también incluye la práctica de yoga, aumenta la salud general de los órganos sexuales. Así, ayuda a prevenir y aliviar problemas como el agrandamiento de la próstata, la prostatitis, los cánceres de testículo, de próstata, de cuello del útero y de útero y varios problemas ginecológicos. También puede ayudar a mitigar problemas relacionados con la menopausia en las mujeres, como fatiga, depresión, bajo impulso sexual, insomnio, sofocos, osteoporosis, pérdida de memoria, cambios de humor. En los hombres, puede ayudar a resistir los síntomas más graves del climaterio masculino, o descenso hormonal asociado a la edad: depresión, letargia, insomnio y libido débil. Para

ello, los autores recomiendan combinar la meditación terapéutica con un programa de higiene vital, que incluya ejercicio físico, dieta baja en grasas con las proteínas adecuadas, terapia de sustitución hormonal en los casos en los que sea necesario, fitoterapia y suplementos nutricionales (antioxidantes, minerales, aminoácidos y ácidos grasos esenciales).

La atención plena (*mindfulness* en inglés) puede describirse sucintamente como la conciencia no crítica del momento presente. Tiene sus raíces en la meditación budista y se practica desde hace miles de años. Aunque es una práctica no religiosa tiene un componente espiritual. Esta práctica se ha incorporado en dos programas de tratamiento psicoeducacional para mujeres diagnosticadas con trastornos del deseo y de la excitación sexual, que también incluían experiencias cognitivo-conductuales, psicoeducación y terapia de pareja. Las mujeres participantes valoraron cualitativamente la atención plena como el componente más valioso del tratamiento (17:2742). En otro estudio se comparó el tratamiento basado en la atención plena (TBAP) a un grupo de mujeres con problemas sexuales y una historia de abusos sexuales en la infancia y otro grupo de las mismas características que fue tratado con terapia cognitivo-conductual (TCC). Los resultados de la investigación revelaron que, aunque ambos grupos experimentaron una disminución de la disfunción sexual, las mujeres tratadas con TBAP experimentaron una respuesta de excitación sexual subjetiva mayor al mismo nivel de excitación genital comparada con el grupo de TCC y con la situación antes del tratamiento (14).

Por otra parte, otros dos estudios utilizaron acupuntura para el tratamiento de mujeres con vestibulodinia o dolor vestibular provocado. Uno de ellos trató a 12 mujeres con vestibulodinia crónica con resultados positivos en algunos casos, aunque los autores no recomendaban el tratamiento de manera rutinaria. En la segunda investigación se utilizó acupuntura (10 sesiones, 1 ó 2 veces a la semana) para tratar a 14 mujeres con vestibulodinia, de las cuales 13 completaron el tratamiento y 11 de éstas declararon que el dolor sexual había disminuido. 10 de estas mujeres seguían percibiendo mejoría tres meses después del tratamiento. La acupuntura también se ha

utilizado para problemas relacionados con la ausencia de deseo sexual o líbido (8).

## Conclusiones

Tanto la OMS como la Asociación Americana de Psiquiatría han tipificado diferentes malestares y conductas sexuales como trastornos mentales, entre los que se encuentran conductas como el fetichismo o el travestismo. Esto es una muestra más de la medicalización a la que se ha llegado en el ámbito de la sexualidad, ampliamente criticada por numerosas investigadoras, profesionales del sector y activistas. Por otra parte, la terapia convencional parece estar basada en productos farmacológicos de dudosa eficacia o en ejercicios dirigidos a cumplir con el modelo de sexualidad vigente en lugar de enfocarse en la búsqueda del placer, enfoques por los que también ha recibido críticas. Además, el patrón sexual promovido por este tipo de terapias promueve una sexualidad limitada a la genitalidad heterosexual.

Sin embargo los caminos del deseo son diversos y complejos. No parece casual que una de las principales razones por las que las mujeres acuden a consulta sea la ausencia de deseo o los problemas para llegar al orgasmo. Como hemos visto arriba, las dificultades para cumplir con el patrón establecido se encuentran entre las principales demandas de las personas en terapia (5). Una terapia sexual basada en el rendimiento fisiológico no parece abarcar todos los factores psicológicos, sociales, culturales, de género y emocionales que pueden estar relacionados con lo que se han denominado las disfunciones sexuales.

Pero disciplinas holísticas como el yoga, la meditación, la atención plena o la acupuntura sí parecen dar respuesta a las necesidades de personas que, independientemente de que se denomine malestar o disfunción o de que la causa sea fisiológica o psicológica, sufren debido a una sexualidad que no les satisface. Diferentes investigaciones han demostrado que el yoga mejora la latencia eyaculatoria en hombres con problemas de eyaculación precoz; la meditación terapéutica mejora la función sexual en casos de impotencia en los hombres y líbido débil en hombres y mujeres además de aumen-

tar la salud general de los órganos sexuales; la atención plena aumenta el deseo y la excitación sexual en mujeres con este tipo de problemas; y la acupuntura podría disminuir el dolor sexual en casos de vestibulodinia y utilizarse para problemas relacionados con la ausencia de deseo sexual o líbido.

### Contacto

Virginia Montañés Sánchez  
C/ El Moruno 11, casa 1 • 18690 Almuñécar  
virginia.montanes@yahoo.es

### Bibliografía

- (1) American Psychiatric Association. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. 2013.
- (2) Foucault, M. Historia de la sexualidad, vol. I, Mexico DF: siglo XXI 25ª edición; 1998.
- (3) Tiefer, L. Medicalizations and Demedicalizations of Sexuality Therapies. *Journal of Sex Research* 2012; 49(4): 311–318.
- (4) Kleinplatz, P J. Coming out of the sex therapy closet: using experiential psychotherapy with sexual problems and concerns. *American Journal of Psychotherapy* 2007, 61(3):333-348.
- (5) Alcántara, E y Amuchástegui, A. Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *La ventana* 2004; 20:157-194.
- (6) Kleinplatz, P. (ed.) *New Directions in Sex Therapy. Innovations and Alternatives*. Londres: Routledge; 2012.
- (7) Kleinplatz, P. The Erotic Encounter. *Journal of Humanistic Psychology* 1996; 36:105. DOI: 10.1177/0022167896363008.
- (8) Brotto, L.A.; Mehak, L y Kit, c. Yoga and Sexual Functioning: A Review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2009; 35:378–390.

### Agradecimientos

A Eva Díaz y Tania González por su colaboración en la búsqueda de documentación durante la elaboración de este trabajo y a Silvina Monteros por sus acertados comentarios al manuscrito.

- (9) Boynton, P M. Keeping Sex Secrets: the hidden aspects of sex-research, *Radical Statistics* 2003; 83:42-57.
- (10) Basson, R; Wierman, M E.; Lankveld, J van y Brotto, L. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women, *The Journal of Sexual Medicine* 2010; 7: 314–326.
- (11) El 70% de las españolas no está del todo satisfecha con su vida sexual. *Mujer hoy* 2011 17 enero; accesible en <http://www.hoymujer.com/Psico-Sexo/Sexo/espanolas-estado-satisfecha-609501012011.html> [fecha de consulta: 23/04/2014]
- (12) Basson, R; Brotto, L.A.; Laan, E; Redmond G y Utian, W H. Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *The Journal of Sexual Medicine* 2005; 2: 291–300.
- (13) Masters W, Johnson V (1966), *Human sexual response*, Boston: Little, Brown & Co., citado en Basson, R; Brotto, L.A.; Laan, E; Redmond G y Utian, W H. Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *The Journal of Sexual Medicine* 2005; 2: 291–300.
- (14) Brotto, L. A.; Brooke, Sl N. y Rellini, A. Pilot Study of a Brief Cognitive Behavioral Versus Mindfulness-Based Intervention for Women



With Sexual Distress and a History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2012; 38:1-27.

- (15) Harris, J. M. et al. Normal Variations in Personality are Associated with Coital Orgasmic Infrequency in Heterosexual Women: A Population-Based Study. *The Journal of Sexual Medicine* 2008; 5:1177-1183.
- (16) Brotto, L A. Psychosexual Evaluation of the Woman With Sexual Complaints. *The female patient* 2007 nov; 32.
- (17) Brotto, L.A., Krychman, M y Jacobson, P. Eastern Approaches for Enhancing Women's Sexuality: Mindfulness, Acupuncture and Yoga, *The Journal of Sexual Medicine* 2008; 5: 2741-2748.
- (18) Singh K, Dharma y Stauth, Cameron. *La meditación como medicina*, Barcelona: Luciérnaga, 2008.
- (19) Dhikav, V., Karmarkar, G., Gupta, M., & Anand, K. S. Yoga in premature ejaculation: A comparative trial with fluoxetine. *Journal of Sexual Medicine* 2007; 4:1726-1732, citado en Brotto, L.A.; Mehak, L y Kit, c. Yoga and Sexual Functioning: A Review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2009; 35:378-390.

- Recibido: 05/02/2014
- Aceptado: 06/05/2014

# El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento.

## *Working with the demand to pathology or indication of non-treatment.*

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra. Centro de Salud Mental "Salamanca".  
Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

**Resumen:** En los últimos tiempos, cada vez más pacientes acuden a atención primaria y salud mental buscando una respuesta sanitaria ante el sufrimiento legítimo y adaptativo derivado de los avatares de la vida y las contradicciones sociales. El abordaje de este tipo de demandas de forma inflexible desde un marco teórico, lejos de ser neutral, puede favorecer la patologización y la iatrogenia. Desde una perspectiva crítica con nuestro desempeño laboral como profesionales de la salud mental, la indicación de no-tratamiento puede proteger al paciente de indagaciones, diagnósticos y tratamientos perjudiciales. Para ello tenemos que tener presente el principio de no maleficencia, ser conscientes de nuestros conflictos intelectuales y, desde la ética de la ignorancia, apostar en muchos de estos casos por la espera vigilante. De otra manera, a menudo podemos convertirnos en cómplices de un sistema que busca reducir a lo intrapsíquico y lo individual asuntos de trascendencia sociopolítica.

**Palabras clave:** demanda, indicación de no-tratamiento, psicoanálisis.

**Abstract:** In recent times, more and more patients are coming to primary care and mental health centers looking for a health response to legitimate and adaptive suffering caused by the vicissitudes of life and social contradictions. Dealing with this kind of demand in an inflexible way from a theoretical framework, far from being neutral, can favor pathologizing and be iatrogenic. From a critical perspective on our work performance, to indicate non-treatment can protect the patient from harmful inquiries, diagnostics and treatments. So, we must keep in mind the principle of no maleficence, be mindful of our intellectual conflicts and, considering the ethics of ignorance, to bet for watchful waiting in many of these cases. Otherwise, we often become accomplices of a system that seeks to reduce issues of sociopolitical significance to intrapsychic and individual things.

**Key words:** demand, non-treatment indication, psychoanalysis.

### Introducción

En el número anterior de esta revista se publicó un interesante artículo firmado por Vucinovich que discute dos formas de abordar la demanda

de los problemas menores en salud mental<sup>1</sup>. El autor plantea esta distinción desde la forma de dar respuesta al paciente: ya sea a la literalidad de su demanda y su queja, o atendiendo al deseo inconsciente que la atraviesa y que desborda,

por tanto, el lenguaje. En el primer grupo incluye todas las respuestas, ya sean medicalizadoras o desmedicalizadoras y en el segundo, únicamente al psicoanálisis que es la perspectiva que teoriza sobre el inconsciente. Sin embargo, en el desarrollo del texto, se centra en confrontar el paradigma psicoanalítico con el desmedicalizador.

En resumen, Vucinovich considera la indicación de no-tratamiento como una respuesta psicoeducativa que busca enseñar al paciente a entender que su sufrimiento es algo normal. Expone que se trata de una respuesta general, que no contempla la singularidad del paciente y que tiene la clara finalidad de descongestionar los centros asistenciales, por lo que su punto de vista es el de los gestores y su principal motivación son las razones económicas. Considera que esta normalización es un tapón que ahoga la demanda y que exige diagnosticar “salud” desde el mismo discurso con que se define lo patológico. Esto resulta un atolladero en el cual el psicoanálisis no se mete.

En contrapartida, Vucinovich considera que la respuesta psicoanalítica es la verdaderamente clínica puesto que busca un “buen hacer” con la demanda. En este sentido, el abordaje que hace el psicoanálisis sí que es singular y va más allá: se pregunta “cómo es que estos no-pacientes acuden a un psiquiatra o a un psicólogo”. La respuesta a esta cuestión la construye citando a Lacan y, básicamente, consiste en trabajar el deseo que late en esa demanda mediante una “rectificación subjetiva” del paciente (la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real), que es el primer momento de la entrada en análisis. Esta respuesta, continúa explicando, preserva la posición propiamente médica, que no es medicalizadora ni desmedicalizadora, y además está marcada por la ética del psicoanálisis: “no se responde a la demanda del paciente porque solo puede hacerse con subrogados y porque obtura el campo del deseo”. De esta manera, finaliza, se produce un cambio en la demanda desde un reconocimiento de enfermedad o de cura hacia un deseo de saber del paciente.

El objetivo del presente artículo es reflexionar, al hilo del texto de Vucinovich, sobre el abordaje de la demanda de los pacientes cuyo sufrimiento es reactivo y proporcionado a las circunstancias que están experimentando. Son aquellas consultas

vinculadas a pérdidas, problemas sociales, conflictos laborales, penurias económicas, etc. donde la eficacia de la respuesta del sistema sanitario es más cuestionable y puede ser perjudicial.

### Marco teórico e intervencionismo

Desde luego, no es la pretensión de este artículo cuestionar la teoría psicoanalítica en la comprensión y tratamiento de los problemas mentales. El psicoanálisis ha demostrado de sobra su utilidad en este campo y buena parte de los profesionales de la salud mental trabajamos con sus propuestas. Sin embargo, como también sucede con cualquier otro abordaje, sea del tipo que sea, tenemos que ser cautos y proteger a nuestros pacientes de aquellas intervenciones perjudiciales por excesivas o inadecuadas.

Más de la mitad de los dolores abdominales agudos que se atienden en urgencias de un hospital se resuelven sin que se conozca el diagnóstico y sin proporcionar un tratamiento específico. El prurito médico podría conducir al profesional a indicar múltiples pruebas de imagen (eco, escáner, resonancia...) y hasta una laparotomía exploratoria para conocer el diagnóstico concreto, lo que hay detrás de esa queja de dolor de tripa. El daño que producirían estas exploraciones en buena parte de los pacientes sería considerable, por eso, ante un dolor abdominal agudo se opta por la prudencia: esperar y ver. Únicamente cuando la evolución clínica es mala, se van realizando intervenciones más invasivas. Lo que guía al profesional en esta actitud no es el ansia de saber, suya o del paciente, sino el compromiso de cuidar.

El abordaje psicoanalítico de la demanda que propone Vucinovich no es neutral, ni en su planteamiento ni en sus efectos, ni tampoco es la Verdad. Plantear la versión de que la demanda del paciente está atravesada por un deseo inconsciente (esta versión y no otra) puede resultar provechosa, sugerente, clarificadora... y también inútil, aburrida o confusa. Dependerá de muchos factores propios del terapeuta, del paciente y del encuentro intersubjetivo de ambos. Pero se trata de una intervención que, de entrada, busca ir más allá, como dice Vucinovich intenta suscitar un deseo de saber del paciente y, desde ahí, puede ser una respuesta patologizadora. De hecho, la “rectificación subjetiva” que propone, es el

primer momento para la entrada en análisis. Es una propuesta a bucear en lo personal, a indagar desde un marco teórico particular en los supuestos conflictos intrapsíquicos, y esta propuesta no puede ponerse en juego sistemáticamente en todas las demandas porque no siempre es la mejor para el paciente.

Cualquier teoría sobre los problemas mentales, desde el momento que también intenta dar cuenta de la fisiología o la psicología del sujeto, irrumpe en la “normalidad” y resulta imposible trazar una frontera nítida entre lo sano y lo patológico, esto no es exclusivo del psicoanálisis. No hay un límite establecido en el tratamiento del sufrimiento humano, siempre podemos fantasear con la posibilidad de que un psicofármaco, una intervención cognitivo-conductual, o un psicoanálisis, por ejemplo, puedan ayudar a los sujetos que nos demandan ayuda. Y este intervencionismo, alimentado por nuestra omnipotencia profesional, la compasión, la vanidad personal o la incapacidad para decepcionar al otro, conduce al perjuicio de estas personas que sufren los efectos adversos de unas supuestas soluciones de orden “psi” que sirven de poco en muchos casos. Por eso es fundamental desarrollar un sentido crítico y escéptico de nuestro propio desempeño laboral y no creer ingenuamente en una medicina o una psicología omnímodas<sup>2</sup>.

### La ética en el abordaje de la demanda

La ética juega un papel primordial en el abordaje de la demanda. Debemos atenernos a unas normas morales cuando ejercemos nuestro papel como clínicos y atendemos a nuestros pacientes. Más allá de la ética del psicoanálisis: “no responder a las demandas del paciente”, tenemos que considerar algunos principios de la bioética.

El principio hipocrático *primum non nocere* hace referencia a la no maleficencia, a no perjudicar a nuestros pacientes innecesariamente. Siempre se han minimizado los daños que se realizan en el campo de la salud mental y particularmente en la psicoterapia. Es complicado establecer una relación de causa-efecto sobre los efectos adversos de los tratamientos psicológicos, especialmente porque estos efectos son menos evidentes e inmediatos que los que pueden producir, por ejemplo, los psicofármacos. A pesar de todo, tenemos

pruebas de la iatrogenia que produce la psicoterapia y los perjuicios consisten, básicamente, en el empeoramiento de los síntomas, la aparición de otros nuevos o un aumento de la preocupación sobre los existentes, que un paciente tenga una experiencia negativa que le provoque reticencia a buscar tratamiento en el futuro, que se produzcan alteraciones en el funcionamiento del individuo, dependencia al tratamiento en el que se exagera su importancia y poder, daño al entorno en la medida en que empeoran las dinámicas familiares, de pareja o amistad o la aparición de conflictos laborales inéditos, etc<sup>3-6</sup>. Esto supone que al atender la queja debemos plantearnos si nuestro paciente se va a beneficiar finalmente de un tratamiento (o si, por el contrario, los riesgos pueden superar los posibles beneficios), y si en este trabajo de la demanda voy a favorecer con mis interpretaciones el que el paciente sienta la necesidad de tratarse.

En este punto, también podemos aludir a lo que llamamos la ética de la ignorancia<sup>7</sup>. Tenemos muchas teorías para entender el comportamiento humano, unas más insuficientes que otras, pero ninguna definitiva. Así que nuestros conocimientos al respecto son limitados y la capacidad de predecir cómo va a evolucionar un paciente, sobre el que influyen tantísimos factores de su entorno, también lo es. Frente a la arrogancia que han caracterizado a la psiquiatría y la psicología que incluso se han atrevido a irrumpir en múltiples campos ajenos a la clínica desde una posición pseudocientífica, podemos en muchos casos asumir y compartir nuestra ignorancia con nuestros pacientes y “esperar y ver”. Interpretar la ansiedad como una alteración de los neurotransmisores que hay que corregir o como una angustia de castración que hay que verbalizar puede ser extraordinariamente útil en muchos casos, pero no en todos. Especialmente es mucho más dudoso en los pacientes que presentan síntomas leves, reactivos, proporcionados, donde el entorno en forma de conflicto laboral, familiar, económico o social es el que determina en buena medida su malestar. En estas circunstancias, abrir la puerta a una interpretación personal (ya sea intrapsíquica o cerebral) que puede finalmente conducir a un tratamiento que puede reportar más daños que beneficios, tiene riesgos y no está muy justificada.



La decisión de esperar y ver, de indicar no-tratamiento, es puramente clínica: ante el problema humano que tengo delante, voy a esperar una mejor evolución si no recibe un tratamiento, ya que los efectos adversos del mismo serán mayores que los beneficios. Sin embargo, ya que estamos hablando de bioética, psicoanálisis y asistencia pública, no está de más mencionar el principio de justicia. Como profesionales de la sanidad pública, es nuestro deber redistribuir los limitados recursos sanitarios para reducir la desigualdad entre los pacientes. Habitualmente y según la ley de cuidados inversos descrita por Julian Tudor Hart<sup>8</sup>, se proporciona más atención a quien más la demanda y no a quienes más la necesitan. Además, los pacientes leves son a menudo los preferidos, evolucionan mejor (muchas veces a pesar de nuestras intervenciones) y por tanto nos devuelven una imagen exitosa, de mayor eficacia. Por este motivo, es imprescindible que los profesionales garanticemos una buena atención clínica precisamente a los pacientes más graves, y esta premisa ha de mantenerse independientemente de nuestra perspectiva de trabajo. La práctica psicoanalítica en el sistema sanitario público, tampoco puede escaparse a ella.

### **Conflictos intelectuales, contradicciones sociales y práctica asistencial pública**

Si trabajamos en la sanidad pública dando un servicio a la sociedad, tenemos que comprometernos con el cuidado de cada uno de nuestros pacientes y con el beneficio de la comunidad.

El compromiso con el cuidado del paciente puede verse amenazado por distintos conflictos de intereses, pero probablemente los más generalizados y de los que tenemos menos conciencia a la vez, son los conflictos intelectuales. Estos surgen cuando nos identificamos extraordinariamente con una idea y, sin actitud crítica, la aplicamos sistemáticamente. Si me convierto en un experto en autismo, por ejemplo, a una gran parte de mis pacientes los diagnosticaré con esta etiqueta. No lo voy a hacer malintencionadamente, al contrario, pensaré que mis acertados juicios son fruto de mi conocimiento superlativo sobre el tema y mi perspicacia. Los conflictos intelectuales se mantienen mediante el sesgo de confirmación, la tendencia a buscar y encontrar

pruebas confirmatorias de las creencias existentes y a ignorar o reinterpretar pruebas que las desafíen. Todo ello nos conduce a una práctica asistencial sistematizada, cómoda, sin tener que movernos de nuestro marco. El compromiso con el cuidado del paciente queda subrogado al compromiso con mi teoría. Y cualquier teoría, también la psicoanalítica, tiene el riesgo de patologizar la conducta humana cuando esta es analizada en un dispositivo asistencial. Suscitar en los pacientes posibles conflictos y fallas desde cualquier perspectiva conduce a producir falsos positivos y sobrediagnósticos. Los falsos positivos son aquellas personas sanas que son tratadas como enfermas. El sobrediagnóstico consiste en producir juicios clínicos que pueden estar bien justificados, pero de cuyo tratamiento se van a derivar más daños y riesgos que beneficios. En ambos casos, hacemos peligrar el compromiso con el cuidado de nuestros pacientes.

El compromiso con la comunidad obliga a los profesionales que trabajan en el sistema público de salud mental a intentar establecer un límite, si no entre salud y enfermedad, sí entre quiénes se van a beneficiar del tratamiento que todos vamos a sufragar y quiénes no. La práctica privada modifica el compromiso con la comunidad: un cirujano plástico puede realizar en su quirófano privado cuantas mamoplastias de reducción le demanden individualmente por cuestiones de estética, pero si trabaja en un hospital público, solo podrá intervenir en aquellas demandas que se acompañen de complicaciones físicas, como una dorsalgia, por ejemplo.

El punto de mira que nos ocupa este texto es la respuesta a la demanda de pacientes con un sufrimiento derivado, en muchas ocasiones, de contradicciones políticas y económicas: precariedad laboral, paro, conflictos sociales, pobreza, incertidumbres vitales... Un sufrimiento que se puede manifestar en forma de indignación, tristeza, rabia, miedo o preocupación. En estas circunstancias, poner el foco en lo intrapsíquico buscando un deseo inconsciente implícito en la demanda puede resultar ingenuo cuando no imprudente. El psicólogo Ian Parker postula que la psicología actual es un instrumento al servicio del sistema capitalista que contribuye activamente al control y a la opresión. Desde esta perspectiva, la respuesta psicoanalítica de Vuci-

novich sí que puede ahogar, no la demanda del sujeto, sino la conformación de una respuesta colectiva. Con la psicologización de los problemas sociales se evita que salgan a la luz las verdaderas causas del malestar y que se señale con el dedo a los responsables. Los asuntos políticos y económicos son reducidos a conflictos intrapsíquicos escondidos en el inconsciente o en alteraciones de los neurotransmisores, la psiquiatría y la psicología adquieren un carácter disciplinario en la medida que regulan la individualidad, y los profesionales de la salud mental se convierten en servidores del adaptacionismo de los sujetos a las injusticias sociales<sup>9</sup>. Si en los últimos años se ha disparado la demanda en salud mental por este tipo de problemas, la respuesta no podemos buscarla en la psique o en el cerebro del individuo sino en el contexto sociocultural, político y económico en el que estamos todos inmersos.

### La indicación de no-tratamiento

Hoy en día ya conocemos mejor el daño que infligimos en salud mental cuando producimos diagnósticos e indicamos tratamientos. Por ello, es crucial que realicemos prevención cuaternaria, esa actividad clínica fundamental que disminuye los perjuicios derivados de nuestras actuaciones sanitarias<sup>10</sup>. La indicación de no-tratamiento es la intervención paradigmática en este campo en la medida que protege al paciente de los efectos adversos de juicios clínicos y actividades terapéuticas que reportan más perjuicios que beneficios. A nivel técnico, esta intervención no pretende ser una respuesta psicoeducativa y general, como tampoco lo es el psicoanálisis, aunque enseñe al paciente que existe un inconsciente donde residen sus deseos, inefables hasta ese momento, y se base de forma general en la interpretación de la transferencia.

En la evaluación clínica habitual, a través de una escucha empática construimos con el paciente una historia singular, la suya, que recoge sus conflictos, su mundo emocional, su idea de lo que le sucede y lo que espera de nosotros. Solo en ese momento (y no a priori como parece sugerir Vucnovich), nos podemos plantear con el paciente, en efecto, si esa narrativa de sufrimiento se corresponde con algo que se pueda beneficiar de un tratamiento (por su intensidad, egodistonia, inadecuación con su entorno, etc.) o si por el contrario

se puede atribuir a una respuesta emocional dolorosa, pero proporcionada, legítima y adaptativa a la situación que está experimentando. En el segundo caso, a partir de entonces, nos podemos plantear realizar una indicación de no-tratamiento. Para ello, se deconstruye la versión “medicalizada” (mediante preguntas sugerentes, interpretaciones, confrontaciones, metacomunicaciones y todas las intervenciones psicoterapéuticas que queramos poner en juego) para buscar un nuevo sentido a sus sentimientos en el contexto de su biografía y experiencia vital únicas. La demanda se enmarca de esta manera, desde una perspectiva longitudinal, dentro de la historia del sujeto y se contextualiza en su entorno familiar, social, laboral-académico e interpersonal, teniendo en cuenta sus valores y expectativas<sup>11</sup>.

Frente al intervencionismo de producir diagnósticos y prescribir terapias, la indicación de no-tratamiento se basa en la espera vigilante. Aunque en el presente se consensúa con el sujeto que es innecesario iniciar un tratamiento, evidentemente la puerta no queda cerrada para siempre, desde la ética de la ignorancia. Se apuesta de entrada por la capacidad de autogestión del sujeto, de lidiar las emociones con sus propias herramientas, movilizar apoyos de su entorno inmediato y acudir a otro tipo de agencia social si esto fuera necesario.

Aunque trata de cuidar al paciente de los excesos de las intervenciones en salud mental, esta propuesta no es infalible. Muchas veces se pueden acabar realizando tratamientos innecesarios o pueden no iniciarse otros que deberían haber comenzado de entrada. Igualmente, esta propuesta se puede pervertir como cualquier otra, y ser utilizada por los profesionales para no hacerse cargo de pacientes que les resulten molestos, o por los gestores para imponer intervenciones de “alta resolución” que expulsen a pacientes que sí precisan de una evaluación más pormenorizada o se van a beneficiar de un tratamiento.

La indicación de no-tratamiento es una respuesta prudente que diagnostica cautelarmente “salud”, por eso no es neutral, apuesta por la desmedicalización. Sin embargo, tal vez sea mejor saber en qué lado estamos y reflexionar desde ahí los pros y los contras, que pensar ingenuamente que somos neutrales.

## Contacto

Alberto Ortiz Lobo • Centro Salud Goya. Salud Mental.  
Calle O´Donnell, 55 • 28009 Madrid  
aortizlobo@yahoo.es

## Bibliografía

1. Vucinovich N. Entre dos versiones de la demanda: diferencias entre desmedicalización y psicoanálisis. Norte de salud mental 2014;48:19-25 <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/762/756>
2. Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Ed. Grupo 5. Madrid, 2013.
3. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science 2007;2:53-70.
4. Crown S. Contraindications and dangers of psychotherapy. British Journal of Psychiatry 1983;143:436-444.
5. Roback H: Adverse outcomes in group psychotherapy: Risk factors, prevention and research directions. Journal of Psychotherapy Practice Research 2000;9:113-122.
6. Szapcznik J, Prado G. Negative effects on family functioning from psychological treatments: a recommendation for expanded safe monitoring. Journal of family Psychology 2007; 21(3): 468-478.
7. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. PrimaryCare. 2010; 10(18): 350-4.J.
8. Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet 1971;i: 405-12.
9. Parker I. La psicología como ideología: contra la disciplina. Ed. Catarata. Madrid, 2011.
10. Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Revista Española de Salud Pública 2011;85:513-523 [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02\\_colaboracion\\_especial1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02_colaboracion_especial1.pdf)
11. Ortiz Lobo A, Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Trastornos mentales comunes: manual de orientación. AEN. Estudios, 41. Madrid, 2009 <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/trastornos-mentales-comunes-manual-de-orientacion/179-la-indicacion-de-no-tratamiento-aspectos-psicoterapeuticos.pdf>

- Recibido: 04/04/2014
- Aceptado: 04/05/2014

# Psicoanálisis en Argentina ayer y hoy.

## *Psychoanalysis yesterday and today in Argentina.*

Carmen Garma

Psiquiatra, Psicoanalista. Buenos Aires.

**Resumen:** Ninguna disciplina y el psicoanálisis no es ajeno a ello, se desarrolla en un espacio atemporal. Todas tienen una historia política y una sociedad en la cual se desenvuelven. Una disciplina como la nuestra tan ligada al individuo, no puede ser ajena a los movimientos sociales y políticos que la sociedad en su conjunto experimenta. Es una larga marcha la del pensamiento Psicoanalítico, la que se interpone entre aquellos fundadores y nuestro presente.

Fundada APA en 1942, en 1956, Arnaldo Rascovsky y Ángel Garma comenzaron a dictar un curso de *“Difusión del Psicoanálisis en la Universidad”*, siendo esta la primera vez que el psicoanálisis entraba en la Universidad. Se relata en forma sucinta la evolución histórica del psicoanálisis a lo largo de las últimas décadas de represión y gobiernos militares. Se hace mención a los conflictos del individuo en la sociedad democrática actual; angustia, escenarios ideológicos cambiantes, inseguridad y violencia. Frente a ese relato actual, es la actitud esclarecedora de nuestro psicoanalista anónimo la que se erige como la dueña de la herramienta metodológica de la palabra con la cual hurga y resuelve el dilema del psiquismo humano.

**Palabras clave:** psicoanálisis, Argentina, APA.

Ninguna disciplina y el psicoanálisis no es ajeno a ello, se desarrolla en un espacio atemporal. Todas tienen una historia política y una sociedad en la cual se desenvuelven. Una disciplina como la nuestra tan ligada al individuo, no puede ser ajena a los movimientos sociales y políticos que la sociedad en su conjunto experimenta.

Es una larga marcha la del pensamiento Psicoanalítico, la que se interpone entre aquellos fundadores y nuestro presente.

Fundada APA en 1942, en 1956, Arnaldo Rascovsky y Ángel Garma comenzaron a dictar un curso de *“Difusión del Psicoanálisis en la Universidad”*,

siendo esta la primera vez que el psicoanálisis entraba en la Universidad. El curso fue muy popular y al concluir sus estudios médicos... Varios de ellos continuaron con formación psicoanalítica. Se comienza entonces a difundir la práctica del Psicoanálisis en nuestro país.

En las postrimerías del régimen Peronista, y ante el crecimiento de la práctica de nuestra disciplina, Salud Pública como organismo fiscalizador del ejercicio de la profesión médica en Argentina presionó a la A.P.A. y amenazó a los analistas no médicos con juicios por ejercicio ilegal de la actividad médica y a la A.P.A. por complicidad con estos profesionales. Este hecho se conoce

---

Este escrito corresponde a la intervención de Carmen Garma en la Vª Jornada sobre Psicoanálisis de OME-AEN, Premio Ángel Garma, el 29-11-2013, en Bilbao.

en A.P.A. como decreto *Carrillo* (nombre del ministro de Salud Pública) que firmo el decreto por el cual solamente los Médicos podrían ejercer el Psicoanálisis.

Ante esta situación APA cambió los Estatutos en lo que tenía que ver con las condiciones de admisión y se decidió a exigir el título de médico para los futuros psicoanalistas. Los miembros legos que ya habían entrado seguirían perteneciendo a la Institución. Primó en APA la posición oficial de apoyo a la medida del gobierno. El psicoanálisis era una terapia médica, un tratamiento específico para ciertos trastornos mentales; por lo tanto debía estar en manos de los médicos.

A la caída de Perón en 1955 le sigue un período de inestabilidad institucional; el peronismo que era mayoría fue proscripto. Los gobiernos electos resultaban débiles; las crisis económicas generadas por la debilidad de los gobiernos se sucedían produciendo agitación y desorden y eran los militares que tomaban el poder cíclicamente los que instauraban el orden”.

En los años 60 al desorden imperante se le agregó la aparición de los grupos armados peronistas y de izquierda que aceleraron la vuelta de los militares al poder con la cómoda excusa de que los gobiernos civiles y el estado de derecho eran débiles para enfrentar la subversión.

Los militares veían subversión por todas partes y algunos hasta llegaron a mirar a la obra de Freud con desconfianza y a considerar que facilitaba “la penetración comunista”. Los jóvenes psicólogos se habían convertido en sospechosos y la represión se tornaba cada vez más arbitraria y menos respetuosa de las formas legales y de los derechos humanos. Frente a esta situación, los psicoanalistas y la APA pasaron por momentos difíciles.

Bajo las dictaduras militares la cosa fue mucho más difícil aun y compleja, el psicoanálisis se transformó en una profesión de riesgo.

La APA intentaba ser políticamente prescindente; pero es muy difícil mantenerse prescindente frente a groseras violaciones de los derechos humanos. Intervenir, era muy peligroso, se había implantado una política de terror, persecución y desaparición. Reinaba el miedo. Algún colega desapareció, algún otro fue torturado y obligado a abandonar el

país, alguno fue detenido en virtud del estado de sitio y mantenido en prisión sin juicio ni condena por largos períodos, hijos adolescentes de colegas (15 o 16 años) desaparecieron. La subversión desapareció exterminada por los Gobiernos Militares. La resistencia civil al autoritarismo, a la corrupción, y la ilegalidad, creció en los últimos años de las dictaduras militares. El último gobierno militar muy acorralado llamo a elecciones democráticas en 1982, dando lugar en 1983 al comienzo de la Democracia en la Argentina.

Hemos cumplido ahora 30 años de democracia, pasando de la balbuceante y temerosa del comienzo, al economicismo y mercantilismo extremo del año 1989, para finalizar con la debacle del 2001 con cinco presidentes en un mes.

El último ciclo de continuidad arranca en el 2003, con un sistema de creencias basado en una relectura de los años 70 (Gobierno militar y lucha armada) y es con esta sociedad argentina de hoy conmocionada y vapuleada en sus creencias y deseos, sus sueños y sus esperanzas, que los psicoanalistas desarrollamos nuestra tarea.

El empobrecimiento, la violencia, la falta de autoridad real, la aparente acefalía política, intelectual y moral de la clase gobernante, entre otras cosas, repercute en forma directa. Las sociedades abarcan a sus individuos y viceversa, creando vínculos permanentes que marcan a unos y otros.

En lo concerniente a los trabajadores de la salud y específicamente los que nos ocupamos de la salud mental, las vicisitudes que acontecen nos plantean problemáticas que merecen una atención minuciosa, no sólo acerca de nuestros pacientes sino también de nosotros mismos. Como participantes de un escenario cambiante que emite mensajes ambiguos y/o contradictorios, estos producen en pacientes y terapeutas sentimientos de incertidumbre y ambivalencia, angustia e impotencia que nos involucran por igual.

Siguiendo a Freud en *Introducción al Simposio sobre Neurosis de Guerra*, “En las neurosis traumáticas y en las de guerra el yo del individuo se defiende contra un peligro que lo amenaza desde fuera o que se le presenta encarnado en una formación del yo; en las neurosis transferenciales de la vida civil, el yo considera a su propia libido

como el enemigo cuyas exigencias le parecen peligrosas. En ambos casos existe el temor del yo ante la posibilidad de experimentar un daño...”

El estrés laboral es hoy en día un tema conflictivo pero no nuevo. Trabajamos sumergidos en un entorno hostil que nos afecta nuestra capacidad de pensar.

El psicoterapeuta más allá de la orientación a la que pertenece, se ve abrumado por su contra-transferencia y la realidad externa que comparte con el paciente.

Las demandas a las que el terapeuta está sometido requieren de medidas defensivas. Los riesgos son que el terapeuta se identifique masivamente con el paciente y pierda así su capacidad operativa o por el contrario tome una distancia defensiva tan grande que le impida ayudar al sufriente. Tal vez, una manera de crear esas defensas sea a través de un claro manejo de la contratransferencia, un microclima subjetivo de cierta seguridad que daría el saber que implica la identificación clara de algo, un conocimiento acerca de... Las condiciones actuales de nuestro país adolecen del mensaje claro.

La imposibilidad de poder ubicar el elemento “peligroso”, aquello que puede dañar, nos remite a una situación de angustia donde la incertidumbre es lo único identificable. En este contexto los que se tornan identificables son los síntomas que se hacen presentes ante la imposibilidad de la tramitación psíquica de los eventos que abruma al yo. Lo traumático, por estímulo interno u /o externo implica la ruptura de las defensas y un desvalimiento del yo, incapaz de llevar a cabo las tareas adaptativas adecuadas a la circunstancia. La vivencia de desamparo ocupa la escena.

Esto nos lleva a los cuadros clínicos pretéritos y actuales que inundan los consultorios y cuyos síntomas más frecuentes son los que están incluidos dentro del espectro de los Trastornos de la Ansiedad; en este caso tomare la definición de pánico al sólo efecto de ejemplificar el devenir histórico del concepto de angustia desde Freud a nuestros días con su inclusión como patología psiquiátrica en el DSM-IV.

La ansiedad adopta diversas formas. Puede experimentarse como una sensación inexplicable

de desgracia inminente, preocupaciones infundadas por diversos temas, la salud de un hijo, los negocios, el destino del matrimonio, o el temor irracional a alguna situación, actividad u objeto.

## Un Caso Clínico

Ejemplificaré con un breve caso clínico algunas de las reflexiones efectuadas previamente:

Una empresa de materias primas para la industria alimentaria de trayectoria en nuestro país se vio obligada a disminuir gran parte de su personal. Un departamento dentro de ella, el de ingeniería industrial, encargado del mantenimiento y mejora de proyectos de ampliación se encuentra cada vez más desocupado dentro del ámbito laboral. No puede crear. La frustración se apodera del área de la empresa. Cuenta un integrante: “Se acuerda cuando le dije que debíamos poner esos paneles para ocultar el ruido de las máquinas, bueno, los miro y me da miedo sacarlos: “el ruido casi no existe; cómo lo extraño.”

Este mismo sujeto, en tratamiento psicoterapéutico, reúne a pares en su casa para tratar de compartir las frustraciones laborales. Intenta recrear experiencias positivas. Relata que varios compañeros han tenido accidentes de trabajo, cuyo aumento ha sido considerable. Se equiparan estos accidentes a actuaciones suicidas debidas a frustración y depresión. El paciente agrega que también varios colegas manifiestan síntomas somáticos y que temen consultar por miedo a perder el empleo. El miedo envuelve al ambiente, el atraso en el pago es rutinario. El grupo de trabajo desconfía entre sí, todos se muestran muy irritables y las respuestas son cada vez más violentas.

Recientemente un jefe de área saliendo de la planta con su automóvil choca accidentalmente a otro. Comienza una discusión verbal y luego física entre ambos conductores que son compañeros de trabajo. Es claro que la frustración que es vivida en la jornada laboral no puede sostenerse durante un periodo indefinido bajo presión constante. La destrucción general como resultante de la crisis socio-económica se traslada a la micro-sociedad que es la empresa.

Entendemos que este cúmulo de estímulos negativos fuertemente destructivos sea trasladado del

área laboral al medio familiar. Este micro grupo no puede defenderse de la destrucción y comienza a deteriorarse. Cada individuo en particular reacciona inestablemente frente a la enorme agresión del mundo externo que impone su destrucción. Se podría concluir que en el transcurso de una psicoterapia un individuo puede defenderse de la conflictiva de su mundo interno, a través del reforzamiento del yo.

La única posibilidad que tiene el terapeuta en circunstancias de tanta agresión externa, es acompañar a su paciente en transitar el conflicto, evitando en lo posible que este proyecto sobre su entorno familiar o laboral la destrucción que proviene del exterior. Destacamos entonces que es característico de lo traumático la ruptura y discontinuidad del aparato psíquico, como así también del entorno social, cultural e histórico.

Nos queda claro que las situaciones disruptivas provocarán, según los individuos, diferentes cuadros clínicos. Estos cuadros clínicos deberán ser evaluados y resueltos acorde a circunstancias tales como, contexto actual y factores sociales determinantes como las guerras. Hoy conocemos otra manera encubierta de experimentar la guerra: la violencia económica y su repercusión sobre la salud mental.

Siguiendo a Freud en *Malestar en la Cultura* (1930), “Como último rasgo de una cultura, pero sin duda no el menos importante, apreciaremos el modo en que se reglan los vínculos recíprocos entre los seres humanos: los vínculos sociales, que ellos entablan como vecinos, como dispen-

sadores de ayuda, como objeto sexual de otra persona, como miembros de una familia o de un Estado. “Esta sustitución del poder del individuo por el de la comunidad es el paso cultural decisivo. Su esencia consiste en que los miembros de la comunidad se limitan en sus posibilidades de satisfacción, en tanto que el individuo no conocía tal limitación. El siguiente requisito cultural es, entonces, la justicia, o sea, la seguridad de que el orden jurídico ya establecido no se quebrantará para favorecer a un individuo.

El resultado último debe ser un derecho al que todos al menos todos los capaces de vida comunitaria- hayan contribuido con el sacrificio de sus pulsiones.

### Concluyendo

Una nación como comunidad de hechos culturales, jurídicos y políticos, posee una identidad. Esa identidad la necesita para no perderse, para ser depositaria de alguna misión que justifique a quienes mandan. La sociedad argentina actual tiene su “relato” que legitima a los protagonistas del diario devenir.

Frente a ese relato actual, es la actitud esclarecedora de nuestro psicoanalista anónimo la que se erige como la dueña de la herramienta metodológica de la palabra con la cual hurga y resuelve el dilema del psiquismo humano. El es, el que enseña a su analizado que pensar es buscar un problema donde hay un mandato, hallar la novedad cuando todo en la vida parece destinado y encontrar una salida cuando el sistema se nos impone.

**Contacto** Carmen Garma • Cerviño 4473/71 - C1425AHB  
Buenos Aires - Argentina • [carmengarma@me.com](mailto:carmengarma@me.com)

### Bibliografía

Freud S. *El Malestar en la Cultura* (1930). Obras completas. Volumen XXI. Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.

Freud, S. (1981). *Introducción al Simposio sobre Neurosis de Guerra* (1924-25). Obras completas, Tomo II, Madrid: Biblioteca Nueva, 4ª edición.

- Recibido: 10/11/2013
- Aceptado: 25/4/2014

# Bienestar psicosocial en menores y jóvenes extranjeros sin referente familiar adulto: factores de riesgo y protección.

## *Psychosocial well-being in children and young immigrant without adult family referent: the risk and protective factors.*

Loira Manzani

Lic. Ciencias Políticas. Postgrado en Salud mental, procesos culturales e intervenciones psicológicas con inmigrantes, minorías y excluidos sociales, Universidad de Barcelona. SOS Racismo Gipuzkoa.

Maitane Arnosó Martínez

Dra. Ciencias Políticas. Dpto. de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad del País Vasco. SOS Racismo Gipuzkoa.

**Resumen:** El artículo propone reflexionar sobre la realidad de los/as menores y jóvenes extranjeros/as sin referente familiar adulto y su salud mental, entendida ésta como *un sistema de relaciones que pueden entrar en crisis en un contexto: social, institucional, familiar e individual* (Martín Baró en Vachiano, 2011). Se analizan los factores de riesgo que enfrentan estas personas, tanto aquellos que les acompañan desde el país de procedencia, hasta aquellos con los que se tropiezan en el país receptor. Asimismo, se describen algunos de los factores que pueden favorecer su bienestar psicosocial. La reflexión surge de la experiencia concreta de SOS RACISMO Gipuzkoa en su atención a este colectivo, donde se trabaja desde una perspectiva que intenta prevenir la exclusión y el malestar psicosocial fomentando aquellos factores que potencian el desarrollo de la persona y su inserción social. Se incluyen en este trabajo testimonios de los/as jóvenes atendidos por la organización, que ayudan a ilustrar el contenido de lo que aquí se refleja.

**Palabras claves:** Menores y jóvenes extranjeros/as, salud mental, factores de riesgo, factores de protección, adolescencia.

**Abstract:** The articles proposes a reflection on the reality of children and young adult migrants without reference family and their mental health, *understood as a system of relationships that can go into crisis in a context: social, institutional, individual and familiar* (Martín Baró en Vachiano, 2011). We analyze the risk factors faced by these people, both those that accompany them from the country of origin and those they have to face in the host country. It also describes the factors that may promote their psychosocial well-being. The reflection arises from the specific experience of SOS Racisme Gipuzkoa in their attention to this group, where we work from a perspective of prevention of social exclusion and uneasiness promoting those factors that promote their personal development and social inclusion. We include in this work testimonies of young people attended by the organization, who illustrate the content of what we reflect here.

**Key words:** Migrant children and young people, mental health, risk factors, protection factors, adolescence.

## Introducción

*“El adolescente será lo que haya sido su infancia y lo que el futuro le pueda ofrecer”.*

(Reguera, 1988)

Los/as menores y jóvenes extranjeros/as se han convertido en los últimos años en una categoría de análisis específica en el campo de las migraciones, seguramente porque sus perfiles, necesidades y momento vital en el que migran, involucran aspectos psicosociales complejos diferentes a los involucrados con la población adulta migrante. Los años 90 representan la década en la cual se empieza a hablar de *minorización* de las migraciones (Jiménez, 2005) puesto que son los/as menores de edad quienes empiezan a emigrar solos/as desde sus países de procedencia.

Su llegada ha cumplido más de 15 años, un tiempo suficiente para desarrollar conocimientos y herramientas para saber enfrentar las necesidades de este colectivo desde los diferentes ámbitos profesionales (educación, servicios sociales, sistemas de protección, servicios sanitarios, etc.) (Quiroga, Alonso, Soria, 2009). El perfil mayoritario del/la menor que llega a los sistemas de protección en el Estado español es el de un menor de sexo masculino procedente de Marruecos que cruza la frontera de forma irregular, mayoritariamente debajo de camiones. A partir de finales de los años 90 se detectan menores que llegan a las costas de las Islas Canarias en patera, dando pie a otra forma de llegar al territorio español. La patera o el cayuco son los medios de transporte a través de los cuales, a partir del 2000, llegan menores de nuevas nacionalidades de África Subsahariana (Nigeria, Guinea Conakry, Ghana, Malí, Senegal, etc.) (Quiroga, Alonso, Sòria, 2009).

Las motivaciones para decidir emigrar son múltiples: a) razones de tipo económico y social; b) desastres naturales; c) causas políticas, etc. (Bermúdez González, 2004). También lo son los contextos socio-familiares en los se desarrolla la decisión de emigrar: a) menores cuyo proyecto migratorio se adscribe a una estrategia familiar; b) menores que han asumido el proyecto migratorio de manera individual para escapar de una situación socioeconómica familiar precaria;

c) menores que ya habían hecho de la calle su modo de vida en el país de origen. La decisión puede ser consensuada por parte de la familia o puede que la familia, en el caso de que esté, se entere de la migración del hijo o la hija una vez que éste/a ya haya cruzado la frontera (Quiroga, Alonso, Sòria, 2009). Así lo refleja el testimonio de Redouane (marroquí, 19 años): *“Un día intenté cruzar desde el puerto de Tánger y no lo conseguí. Mi padre me pilló y me dijo que nunca lo volviera a intentar. Después de dos años, estaba en la playa en Tánger y un amigo mío me invitó a intentar cruzar porque según lo que él decía era un buen momento que había que aprovechar. No pensaba en emigrar la verdad. Llamé a mi familia que ya estaba en Algeciras”.*

En el análisis de las razones que empujan a un/a joven a emigrar hay que destacar además la importancia del imaginario social y del mito europeo a la hora de crearse expectativas y fantasear sobre el éxito del proyecto migratorio. Los medios de comunicación, los relatos de las personas que han emigrado y vuelven de vacaciones (a menudo ocultando la situación real en la cual se encuentran en el país de recepción) o la cercanía visual del territorio español en el caso de los jóvenes que viven en Tánger que hace que Europa parezca tan alcanzable (entre otros), alimentan la idea que aquí van a poder realizar sus sueños de forma rápida y exitosa.

Sin embargo, la satisfacción de estas expectativas no suele ser una tarea sencilla. SOS Racismo Gipuzkoa ha atendido en su trayectoria a menores y jóvenes extranjeros/as sin referente adulto proporcionándoles atención, información y asesoramiento. La mayor parte de las demandas que este colectivo ha venido realizando están relacionadas con la vivienda, el área administrativa (documentación, determinación de la edad, expulsiones, nacionalidad, etc.), la judicial, la formación y el empleo, la salud, vulneraciones a sus derechos, el ocio y el tiempo libre. El acompañamiento en todas estas demandas nos ha permitido reflexionar sobre los obstáculos a los que los/as jóvenes tienen que enfrentarse en sus procesos de integración y emancipación, conociendo de primera mano aquellos factores que ponen en riesgo su bienestar psicosocial y desarrollando estrategias que permitiesen favorecerlo.

## Factores de Riesgo para el bienestar psicosocial

El bienestar psicosocial se inscribe dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: felicidad (Argyle, 1992; Fierro, 2000), satisfacción con la vida (Veenhoven, 1994), calidad de los afectos (Bradburn, 1969), etc. Estas denominaciones tienen que ver con la evaluación que las personas hacemos de nuestro nivel de satisfacción, nuestras oportunidades vitales (recursos sociales, recursos personales, etc.), los acontecimientos a los que nos enfrentamos y las herramientas psicosociales que tenemos para afrontar los retos vitales, así como de la experiencia emocional derivada de ello. En nuestra trayectoria de atención a los menores y jóvenes migrantes, hemos detectado múltiples factores que en ocasiones comprometen este bienestar y que requieren de una visión holística para comprenderlos; una mirada que considere: a) la situación de partida previa a la migración; b) el proceso migratorio y las oportunidades o dificultades que se presentan en el contexto de recepción y c) la adolescencia como etapa vital insoslayable en la que se produce este proceso. Si la visión territorial se centra en la parte del proceso migratorio que se realiza y desarrolla espacialmente en el territorio donde está presente el sistema de protección, en la holística interviene una perspectiva transnacional: no se segmenta a la persona según el espacio donde se encuentra, sino se tiene en cuenta todo el proceso de vida, desde el país de procedencia hasta el de recepción (Vacchiano, 2011).

### La situación de partida

El contexto socio familiar del/la joven en el país de origen representa un factor importante que puede operar tanto en positivo como en negativo. Puede proceder de una familia estructurada y con relaciones familiares sanas; o bien, de una familia desestructurada y/o carenciada desde un punto de vista económico (aunque no lo sea desde un punto de vista afectivo), así como de un contexto social marginal (los/as jóvenes del barrio de Bir Chifa<sup>1</sup> en

Tánger, por ejemplo). Igualmente, podemos encontrarnos con jóvenes que nunca salieron del seno familiar, así como con personas que ya habían experimentado una migración interna en su país de origen y/o enfrentado una situación de calle. Un/a chico/a con carencias afectivas y que proviene de un contexto de exclusión social es un/a joven que llegará al país receptor ya desestabilizado/a emocionalmente, aunque seguramente con más recursos aprendidos de cómo enfrentar una situación de riesgo que un/a joven cuya situación sociofamiliar en el país de origen era más o menos cómoda.

### El proceso migratorio

El proceso migratorio se puede considerar que empieza desde el momento en el que el/la menor o el/la joven elabora, de forma individual o como proyecto familiar, la decisión de emigrar. Esta decisión involucra un cambio vital relevante y complejo, de desestabilización, que llega acompañado de la oportunidad, pero también de la necesidad de elaborar las pérdidas ante lo que se deja. Además, el momento anterior al **viaje migratorio** puede verse rodeado de factores de riesgo que comprometan las primeras fases en las que debe empezar a elaborarse dicho cambio vital. Por ejemplo, muchos/as jóvenes, pasan meses en el puerto de Tánger esperando la oportunidad para poder cruzar a territorio español. Ese tiempo de espera, no sólo es un periodo de incertidumbre y ansiedad ante el paso que van a dar, sino que además, el puerto representa una realidad empapada de violencia, consumo de sustancias y deterioro psicofísico (Jiménez, 2006). También las condiciones del viaje migratorio en sí: muchos/as de estos/as jóvenes, llegan a la península debajo de un camión o un autobús, en patera, en cayuco o de polizón en un barco. La clandestinidad del viaje, así como la falta de seguridad en la que se viaja, supone también un momento de alta peligrosidad y fuerte impacto a nivel emocional.

Al llegar al territorio español el/la joven puede experimentar, como define Amina Bargach (2006), un **proceso psicopatológico**: se pasa de la euforia inicial por haber llegado, a la angustia, al desarraigo, al trauma del exilio acompañado por un sentimiento de nostalgia hacia la familia y la sociedad de pertenencia. A esto hay que añadir el choque entre las altas expectativas que

<sup>1</sup> Bir Chifa es uno de los barrios más empobrecidos del área metropolitana de Tánger, afectado por graves condiciones de deterioro urbano medioambiental y carencia de infraestructuras sociales y comunitarias, a lo que se suma una elevada tasa de pobreza y marginalización.



tenían cuando salieron de su país y la realidad con la que se encuentran: el imaginario social de lo que España representa (papeles, trabajo, dinero) entra en conflicto con la realidad de los centros de menores y las dificultades diarias para el logro de una estabilidad administrativa, material y emocional.

Además, en la sociedad receptora, estos/as jóvenes pueden soportar una fuerte **invisibilidad y des-humanización**: atrapados/as en la categoría de *MENA*, sufren a menudo un trato despersonalizado, donde se les considera antes de todo como inmigrantes, se les etiqueta como usuarios (o en el peor de los casos, “mis usuarios”) sin que se realice un esfuerzo para conocerles como personas, con sus historias, sus deseos y necesidades individuales. Este etiquetaje lleva a menudo a tapar los deseos de estos/as jóvenes: son destinatarios/as de un mensaje que se limita a pensar que sus proyectos migratorios se tienen que desarrollar todos de la misma forma, uniformemente, teniendo en cuenta que han venido aquí para trabajar y que, con las dificultades que hay, no pueden permitirse el desvío de un proceso impecable.

Estas elaboraciones deberán realizarse además en un sistema de **doble pertenencia**. Por un lado al sistema social de procedencia, donde el/la menor inició una socialización en el seno de su sistema familiar; por el otro, al sistema social receptor donde el/la joven tiene que cumplir su emancipación en busca de construir un proyecto de vida que le ha sido denegado en el país de procedencia. Estos dos sistemas están interconectados entre sí y ambos influyen al joven en su proceso de integración a una nueva pertenencia. La relación con su cultura entra dentro de este trabajo: intentan manejarse entre la afirmación de su bagaje cultural y la trasgresión del mismo, así como las dificultades materiales que también encuentran para asimilar los patrones socioculturales de la sociedad receptora. En términos de **comparación social**, muchos/as de los/as jóvenes relatan la percepción de **desventaja** respecto de sus pares europeos/as. Por ejemplo, en una sociedad en la que el consumo es un indicador de integración social, las imposibilidades de consumir al ritmo que lo hace la juventud europea, marca una diferencia que se reconoce y sufre en una etapa vital en la que parte del auto concepto

depende de estas posibilidades materiales. También en las diferencias respecto a las posibilidades para viajar: restringido su derecho a viajar a Europa, observan cómo los/as europeos/as pueden ir y volver donde quieren.

En otro sentido, los contextos familiares y sociales de pertenencia, el tipo de relaciones, los acontecimientos y los cambios en el entorno familiar, necesitan ser tenidos en cuenta no sólo como mochila que el/la joven trae de su país de procedencia sino que a lo largo de su estancia en el país receptor afectan de forma importante su estabilidad emocional y su proceso de desarrollo de la personalidad e integración. Frente a las transformaciones en las relaciones sociales, se realiza lo que Benslama (en Vacchiano, 2011) llama *exile vertical des pères*: la migración de un/a menor determina una inversión generacional en el eje de autoridad y una perversión de los roles dentro de la familia. El/la joven, protagonista del proyecto migratorio suyo y, a menudo, de toda la familia, se hace responsable del bienestar familiar. En muchos casos emigra tras la muerte, el abandono o la enfermedad del padre, pilar dentro de la familia, reemplazándolo. Esta situación implica por un lado una fuerte presión hacia el éxito, por otro, una hiperprotección y responsabilidad por parte del/la joven hacia su familia: cuidar a la familia, mentirle sobre sus verdaderas condiciones en el país receptor (situación de calle, precariedad documental y jurídica, etc.) y/o hacer cualquier cosa para enviar dinero a casa, entre otras. Los desajustes en las relaciones familiares, los sentimientos de culpa, responsabilidad, rabia y apego, la presión de las mentiras y del éxito afectan de forma importante la estabilidad emocional. A pesar de que se les defina como *no acompañados*, la familia tiene un peso y un papel clave en sus vidas que les *acompaña* permanentemente. Sin embargo, el contexto sociofamiliar no suele estar presente en el contexto de los centros residenciales, en los cuales, empieza un doloroso viaje hacia la institucionalización. Los equipos educativos tienen que manejarse con muchos/as chicos/as, los/as profesionales van cambiando y esto implica la pérdida de referentes estables. La falta de referentes adultos estables y de una red de apoyo social dificulta la existencia de un seguimiento permanente y de relaciones afectivas seguras.

A todo esto hay que añadir las carencias materiales y las barreras burocráticas que precarizan los procesos de inclusión social: viviendas inadecuadas, precariedad jurídica, difícil acceso al sistema sanitario, desarraigo, falta de oportunidades formativas y de empleo alimentan la inestabilidad y la incertidumbre. En muchos casos estos/as jóvenes pasan meses en situación de calle con las necesidades materiales básicas totalmente descubiertas. Hay que destacar además el impacto de la crisis económica y el modo en el que esta agudiza las dificultades en los posibles procesos de inserción social de estos chicos y chicas.

A ello hay que añadir las discriminaciones diarias y la criminalización de las cuales son víctimas por parte de la ciudadanía. Una opinión pública cada día más hostil hacia las personas extranjeras y un tratamiento mediático inadecuado respecto de estos jóvenes, no solo devalúa su identidad social de pertenencia, sino que dificulta el establecimiento de relaciones sociales y apoyo que faciliten su integración social, y en consecuencia su bienestar.

### La adolescencia como momento vital

Todos estos cambios se producen durante la adolescencia, en una etapa de profundas transformaciones e importantes cambios en las estructuras mentales, por el intento de liquidar el estadio infantil –en un plano afectivo– y, en el social, por los difíciles ensayos de inserción en la sociedad adulta. La edad es entonces una variable importante a considerar cuando tratamos de entender qué les ocurre a estos/as jóvenes.

En el caso de quienes llegan como menores de edad, se ha detectado **el miedo** que emerge ante la mayoría de edad. El pasaje a los 18 años significa fundamentalmente pasar desde una situación de protección material y documental bajo el sistema foral de protección a la infancia, a una de desprotección material y jurídica. De hecho, si hasta los 18 años tienen que ser considerados/as y tratados/as como menores antes que extranjeros/as, con el cumplimiento de la mayoría de edad y la salida del tutelaje en los centros de menores, su situación de migrantes y sin referente familiar adulto asume un peso importante: es la ley de extranjería quien a partir de ese momen-

to regula su estancia en el territorio y posibilidad de trabajo, tienen que asumir responsabilidades importantes a una edad muy temprana, sin posibilidad de apoyarse en la familia ni, a menudo, en una red social de amistades y conocidos. Hay un desequilibrio entre quien tienen que ser y quiénes son, teniendo que hacer esta conversión en un contexto de precariedades múltiples.

Además, la adolescencia constituye una etapa de rebeldía, de trasgresión, de fuerte influencia a la presión de grupo, un momento durante el cual es mejor tener una identidad negativa que no tener ninguna (Buena-Casal, 2011; Ruiz Lázaro, 2004). Como afirma A. B. De la Iglesia (2009) “la filosofía del éxito en el hacer y en el tener impregna nuestras sociedades, y la falta de un sistema de valores alternativo o de un proyecto de integración social realmente solidario y justo, es el espejo en el que se miran los adolescentes. La repercusión de los modelos de comportamientos sociales dominantes hace mella en la personalidad del adolescente en proceso de construcción que, sin madurez suficiente y sin recursos cognitivos suficientes para la reflexión crítica y el análisis consecuencial de la conducta, los imitan. No aceptan la frustración ni la demora del placer, origen de muchas conductas violentas. Tienen que conseguir aquí y ahora el objeto deseado por cualquier medio, aunque éste sea violento y atente contra los derechos de la persona”.

Encontrarse ante un/a joven extranjero/a sin referente familiar adulto en el país de recepción significa entonces no perder de vista en ningún momento los diferentes factores de riesgo relacionados con su historia personal y con su doble condición de migrante y de adolescente.

**Tabla 1. Factores de riesgo y testimonios de jóvenes atendidos en la oficina de SOS Racismo Gipuzkoa**

<b>Factores de riesgo</b>	
<b>La situación de partida</b>	
<b>El contexto socio familiar en origen</b>	<i>Mi padre se murió cuando era pequeño. Mi madre tiene esquizofrenia, no tenemos nada. (Hamza, Marruecos, 18 años).</i>
<b>El puerto de Tánger</b>	<i>Para aguantar el puerto, la policía, los perros, el hambre, consumía disolvente todo el rato. Intenté 12 veces cruzar el estrecho, siempre me pillaba la policía y me pegaban. Al final conseguí escaparme de ellos y colarme en un camión. (Youssef, Marruecos, 17 años).</i>
<b>El proceso migratorio</b>	
<b>El viaje migratorio</b>	<i>He viajado 14 horas debajo de un camión, justo al lado del motor, me quemé la pierna. (Faycal, Marruecos, 21 años).</i>
<b>La experiencia de un proceso psicopatológico</b>	<i>Cuando llegué a Algeciras no me lo podía creer que lo había conseguido. Pero en seguida pensé en mi madre y me entró gana de volver atrás. (Youssef, Marruecos, 17 años).</i>
<b>El choque de las expectativas</b>	<i>Después de dos días en la calle en San Sebastián quería volver. Me fui a la Comisaría de la Policía Nacional para que me llevaran a Marruecos. No podía aguantar un día más de calle. (Redouane, Marruecos, 19 años).</i>
<b>La doble pertenencia</b>	<i>Si mi familia supiera que salgo de fiesta y bebo... (Mohamed, Marruecos, 19 años).</i>
<b>El etiquetaje social</b>	<i>Estoy cansado de sentirme un número en cada sitio vaya. Yo también soy persona, no estoy hecho de hierro. La gente me dice “¿Cómo te llamas?” “Abdelhamid” “¿Qué? ¿Abdel qué? ¡Os llamáis todos iguales, no se entiende nada!” (Abdelhamid, Marruecos, 19 años).</i>
<b>La presión del éxito y el miedo al fracaso</b>	<i>A mi casa no puedo volver. Quiero pero no puedo. (Youcef, Argelia, 20 años).</i>
<b>La diferencia con los pares europeos</b>	<i>¿Por qué vosotros podéis viajar a nuestros países cuando queráis y nosotros tenemos que ponernos debajo de un camión? (Hafid, Marruecos, 16 años).</i>
<b>El contexto socio-familiar de pertenencia</b>	<i>He venido para salvar a mis padres. (Jacob, Ghana, 17 años).</i>
<b>Institucionalización</b>	<i>Estoy harto de estar en centros. Llevo desde los 13 años en centros de menores. (Abderrahim, Marruecos, 19 años).</i>
<b>Falta de redes sociales</b>	<i>¿Amigos? Aquí no tengo a nadie, solo a mi mismo. (Abdelkarim, Marruecos, 19 años).</i>
<b>La discriminación y la criminalización</b>	<i>Cada vez que paso cerca de alguien por la calle éste aparta su bolso. (Anwar, Ghana, 17 años).</i>
<b>Precariedad de los procesos de inclusión social</b>	<i>¿Has visto que tengo los labios quemados? Me había olvidado qué significa comer algo caliente y comiendo una sopa me pasó esto. (Abdeslam, Marruecos, 19 años).</i>
<b>La adolescencia como momento vital</b>	
<b>Miedo a la mayoría de edad</b>	<i>He venido aquí como menor y ahora que tengo 19 años no tengo nada. Ni permiso de residencia, ni piso, nada. Como si acabara de llegar. (Said, Argelia, 18 años).</i>
<b>La etapa de la adolescencia</b>	<i>Empecé a consumir de todo porque quería probar y pensaba que no me iba a hacer daño. (Mounir, Marruecos, 20 años).</i>

## Consecuencias psicosociales y tipos de afrontamiento

Las situaciones de precariedad y vulnerabilidad descritas en apartados anteriores, pueden, tal como afirma Achotegui en su teoría del Síndrome de Ulises y en la definición del duelo migratorio (2005, 2009), llevar a *estresar* la situación en la cual se encuentra el/la migrante y generar diferentes *síntomas*, tanto a nivel psicológico como a nivel físico (AAN, 2004). Como afirma Markez (2009) existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos migrantes y la aparición de sus síntomas, tanto en adultos como en población infanto-juvenil.

Las sintomatologías no representan necesariamente patologías, sino consecuencias normales ante situaciones anormales que estos/as jóvenes enfrentan en el proceso migratorio y de adaptación-integración-emancipación en la sociedad de acogida. Como subraya Reguera (1988), cuanto más desbordado está un niño, más reduce su sentido de la realidad; por eso suelen confundirnos estas conductas y no faltan psicólogos y psiquiatras que las cataloguen como fronteras con las psicóticas o prepsicóticas. Pero no son necesariamente expresión de individuos “anor-

males”, sino, al contrario, de sujetos sometidos a sistemas de relaciones anormales, gravemente patológicas y deteriorantes. Quien no es normal no es el/la chico/a sino es el contexto en el cual está metido que es enfermo y patológico. Las consecuencias, eso sí, pueden llevar a fracasos en los procesos de inserción social.

Menores y jóvenes que han pasado por la oficina de SOS Racismo en los últimos años, han venido describiendo en sus testimonios mucha de esta sintomatología: tristeza, apatía, estados de ansiedad, somatizaciones, alteraciones en la memoria, etc. También han sido recurrentes las emociones de culpa y vergüenza asociadas a la comparación entre su vida aquí y las expectativas que ellos mismos y sus familias tienen sobre lo que debiera ser su experiencia migratoria. Igualmente duele la falta de comunicación y distancia tomada con la familia en origen. Se ha detectado también un impacto en el sistema de creencias básicas: falta de confianza en un mundo que vislumbran no tiene oportunidades para ellos/as; falta de confianza en las relaciones con los demás y un deterioro en su propio autoconcepto, producto además, de la pertenencia a un colectivo estigmatizado y rechazado por una sociedad des-acogedora (ver *Tabla 2*).

Tabla 2. Consecuencias psicosociales y testimonios de los jóvenes atendidos en las oficinas de SOS RACISMO Gipuzkoa

Consecuencias psicosociales	Verbatims
<b>Síntomas depresivos</b> (tristeza, llanto, bajos niveles de autoestima, sentimiento de culpa, de frustración y fracaso, apatía, tendencia al aislamiento, ideas de muerte).	<i>Llevo aquí 7 años y no he conseguido nada. Soy un incapaz.</i> (Yassine, Marruecos, 19 años).
<b>Estado de ansiedad</b> (tensión, nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, ira).	<i>Mi cabeza no para de pensar.</i> (Mustafa, Argelia, 21 años).
<b>Somatizaciones</b> (Insomnio, cefalea, irritabilidad, cansancio).	<i>Nunca consigo dormirme antes de las 4 de la mañana.</i> (Rabeh, Argelia, 19 años).
<b>Síndromes confusionales</b> (fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdidos, desorientación temporal y espacial, incapacidad para priorizar).	<i>¿Cuándo tengo el juicio, el 14 de septiembre?</i> (pregunta formulada el 8/11/2011; casi dos meses después). (Youssef, Marruecos, 18 años).
<b>Vivencias de culpa y vergüenza</b>	<i>¿Cómo le voy a decir a mi familia que no tengo papeles, no tengo trabajo, que vivo en la calle? Prefiero no llamarles.</i> (Idriss, Ghana, 20 años).
<b>Impacto en el sistema de creencias básicas</b> (falta de autoestima en sí mismos y creencia de no ser dignos de respeto; falta de confianza en los demás; el mundo percibido como un lugar inseguro y hostil).	<i>Nadie me puede querer.</i> (Mohamed, Marruecos, 18 años). <i>Me da todo igual. Aunque ahora me dijeran que tengo papeles y trabajo me daría igual.</i> (Abdeslam, Marruecos, 19 años).



Muchos/as de los jóvenes que llegan, pueden enfrentar estas situaciones de un modo saludable y sin hacer peligrar sus procesos de madurez e integración social. En otros casos, sin embargo, el impacto psicosocial del proceso migratorio y de las condiciones a las que están expuestos/as, pueden dar origen a respuestas que implican la autodestrucción y la ruptura con la sociedad: consumos, autolesiones y/o conductas antisociales, entre otras. Es muy importante no olvidar que esta sintomatología y tipos de respuestas derivan tanto de la condición de migrante como de su condición de adolescentes. El consumo, por ejemplo, tal como describe Markez (2009) es una forma de responder a la exclusión y de evadirse, convirtiéndose muchas veces en la mejor forma de no sentir las penalidades que experimentan. Extasiados con el disolvente o el hachís, los jóvenes logran escapar, aunque sea de forma momentánea, a unas circunstancias de extrema dureza para la edad que tienen. A la vez el consumo tiene un carácter lúdico, es un medio de diversión, de imitación también de otros/as jóvenes autóctonos que beben, fuman y que en estas esferas se convierten en sus referentes más inmediatos a los que imitar en su deseo de integración. De la misma forma, la impaciencia para conseguir el objeto deseado, la necesidad de tener todo *aquí y ahora* es una actitud típica de la adolescencia (en adolescentes autóctonos/as e inmigrantes) pero a la vez es un comportamiento que el/la migrante llega a asumir en el momento que viene a faltar la confianza en el mañana, la concepción de la expectativa. Las dificultades materiales y burocráticas, las carencias afectivas, la sintomatología desarrollada y las respuestas que se generan se relacionan de forma dialéctica, generando una cadena consecucional entre la inestabilidad emotiva del/la joven y la dificultad o imposibilidad que encuentra en tener respuestas a sus necesidades materiales que, a su vez, alimenta la crisis sociopsicológica (Markez, 2009). Este proceso en el cual se verifica una falta de correspondencia entre las necesidades y las posibilidades de estos/as jóvenes, si no viene interrumpido, pone en riesgo su inserción social y su bienestar psicosocial.

### **Factores de protección para el bienestar social. Tipología y características de la intervención**

A menudo, la respuesta institucional ante este colectivo y sus dificultades psicosociales, ha

sido la de etiquetar, clasificar y patologizarlos/as como inadaptados/as, irrecuperables, enfermos/as mentales con trastornos de conducta o del comportamiento, viendo el problema como intrínseco a la persona y proporcionándole una respuesta meramente institucional. Frente a comportamientos y actitudes que se escapan del entendimiento, existe una tendencia a categorizar de forma negativa criminalizando al sujeto (Pantoja 2006). Sin embargo, el abordaje puede y debe dirigirse hacia la búsqueda de las raíces de los problemas, los cuales son multicausales y multifactoriales. Desde esta mirada, el problema no se relaciona con la persona sino con el contexto y el sistema en el cual está el/la joven. Desde una perspectiva comunitaria, desde SOS Racismo se intenta intervenir desde la prevención y la reparación. En palabras de Reguera (1988) *“tan insidioso es este modo de proceder que con frecuencia son los propios muchachos que quienes te preguntan confundidos ¿de verdad no crees que yo estoy loco? En medio de tanta confusión nunca suelo encontrarme con su locura, sino que me tropiezo constantemente con el paro laboral que padecen, la desorganización familiar que los trastorna, la escuela que los desvaloriza y excluye, los peligrosos distanciamientos en la aplicación de la justicia, los contradictorios y a veces brutales métodos “reeducativos”, ¿serán todas estas cosas problema genético, jurídico, psicoanalítico o subproducto del desarrollo?” (p.11).*

Si se opta por este segundo enfoque, la intervención tiene que ser ante todo individualizada (que tenga en cuenta su historia personal, sus necesidades, sus debilidades y sus fortalezas, sus deseos, sus relaciones actuales, etc.) y basarse en el acompañamiento. Para que el acompañamiento sea efectivo deben crearse espacios de confianza entre el/la profesional y el/la joven, quien tiene que dejarnos entrar en su territorio personal. Desde el primer momento tiene que sentirse escuchado/a de forma activa, sin ser juzgado/a; sentirse reconocida como persona, con su nombre y apellido, con su historia e identidad, evitando que se les atienda desde una perspectiva marcadamente vertical. El/la joven tiene que sentirse entendido/a –que no quiere decir que se le justifique en todo– y aceptado/a, demostrándole empatía, presencia, disponibilidad, seguridad, gratuidad, escucha y comprensión,

cariño y respeto. Si no se les trata con gestos, sentimientos y valores *humanos*, nunca se podrá pretender que los reproduzcan. El/la profesional tiene que demostrarle que confía en él/ella, valorar sus potencialidades, sus habilidades y sus logros. Como subraya Enrique Martínez Lozano (2011), el niño que llega a este mundo necesita por encima de todo sentirse reconocido para que crezca en un contexto de seguridad afectiva y confianza. Hay que respetar sus tiempos puesto que se trata en muchos casos de jóvenes que provienen o viven todavía en un contexto de calle y están desorientados desde un punto de vista temporal. La risa es un ingrediente clave a la hora de la intervención: sin dejar de respetar en ningún momento sus problemas, dificultades y forma de enfrentarse a ellos, la dramatización de la situación no ayuda a la intervención, sino la carga de mayor negatividad. Esto no quita la importancia de no perder nunca de vista el principio de realidad de cara a no alimentar expectativas que no se pueden cumplir. El/la profesional tiene que llegar a ser para el/la joven un **referente adulto estable**: los/as jóvenes pueden moverse entre la realidad y la fantasía, entre lo correcto y lo equivocado, pero el referente que interviene tiene que mostrarse en todo momento estable y presente, mostrando una continuidad en la relación, también y sobre todo cuando el/la joven se equivoca. En estos momentos, tiene que sentir que, aunque se haya equivocado, la persona adulta no le abandona, sigue estando presente e incentiva las situaciones en las que el/la adolescente siente afecto y aceptación. De esta forma se crea un **vínculo** afectivo que va a ser la clave para poder acompañar al joven y para que este acompañamiento sea efectivo. Si el referente muestra creer y confiar en él/ella y aceptarle así como es, también aportará lo mejor de sí a la relación, cuidándola y protegiéndola y, en consecuencia, mejorándose y protegiéndose a sí mismo/a porque verá que es capaz de ser querido/a, de querer y de comunicar su cariño.

Es a partir de este momento que el/la joven aceptará que el adulto le acompañe y le apoye, que le marque los límites y las normas –siempre que tengan un sentido y que sean entendibles– que le riña cuando se equivoca. El/la profesional referente puede intervenir para reconstruir y ordenar la historia del/la joven, los propios objeti-

vos y prioridades, reparar los contenedores temporales, trabajando la ritualidad de lo cotidiano, con su monotonía, estructura y perspectiva de futuro, y los contenedores afectivos que a menudo han estallado. Aquí se revela de primaria importancia el trabajo con la **familia** del/la joven, la cual juega un papel importante en su vida y en su equilibrio psicosocial, clave a la hora de entender sus comportamientos, personalidad, actitudes, hacer frente a sus problemas y necesidades y saber cómo intervenir y enfrentarse a ellos. Si por un lado tener en cuenta la familia y el contexto socio económico en origen significa visibilizar al menor como persona, reconociéndole dentro de su historia e interesándose por ella, por otro lado significa trabajar para devolver a cada miembro de la familia su papel tras la migración del/la menor o joven (Bargach, 2006). Hay que recuperar y reforzar el vínculo funcional en las relaciones familiares caracterizado por un equilibrio entre la autonomía y la dependencia: reconstruir un orden generacional, devolver a la familia un papel orientador y de referente en la vida del/la joven, alimentar la presencia sana de cada uno en la vida del otro. A través de la *Mediación Social Transnacional* se trabaja entonces el sentido de culpa del joven hacia la familia, la autopresión o la presión familiar hacia el éxito, el peso de las mentiras mutuas y la importancia de contar uno al otro la verdad, la sensibilización de la familia sobre la realidad y las dificultades en el país receptor, etc. (Jiménez, 2003; Le Gall, 2005; Orellana, 2001).

Hay que crear o volver a recrear alrededor del/la joven un **tejido social de apoyo** donde pueda verbalizar cómo es, cómo se siente, qué tiene y qué puede hacer. En la intervención, el/la joven siempre tiene que estar en el centro de todo el proceso, promoviendo una participación activa y protagonista.

Además, desde una perspectiva comunitaria, es importante no solo trabajar con el/la joven, sino con la sociedad en la que está inserto/a y a la cual también pertenece. El enfoque comunitario implica promover el acercamiento y el conocimiento de estos/as jóvenes y de sus historias entre la ciudadanía, en aras a tratar de modificar los estereotipos que recaen sobre el colectivo y fomentar la integración, la aceptación y el conocimiento mutuo. Aquí se revela de



gran importancia el trabajo de sensibilización hacia la ciudadanía sobre el colectivo y hacia estos/as jóvenes sobre la sociedad y la cultura del país receptor, la visibilización de las historias de estos/as jóvenes, la promoción de lazos afectivos. No se trata de realizar un trabajo de forma separada con la sociedad receptora por un lado y con el colectivo de menores y jóvenes por otro, sino promover un acercamiento directo y cercano. Proyectos como Izeba<sup>2</sup>, Punt de Referència<sup>3</sup> u otros que promuevan vínculos afectivos y de apoyo entre jóvenes extranjeros y adultos referentes de la ciudadanía autóctona, son ejemplos positivos de un abordaje comunitario y holístico para el fomento de la integración y la promoción del bienestar psicosocial de estos jóvenes, así como de la construcción de una ciudadanía plural y comprometida con los derechos de sus menores<sup>4</sup>.

Los factores de protección que fomentan y promueven el bienestar psicosocial depende entonces de todos y todas, puesto que no derivan sólo del tipo de intervención y acompañamiento que se realiza para y con ellos/as, sino también de la forma de actuar, pensar y relacionarse a ellos/as de cada ciudadano/a.

### Recursos sociosanitarios frente a los problemas de salud mental

*“¿Por qué no he aprovechado las oportunidades? Porque a veces la cabeza se me pone bien y otras mal. No la controlo. Un día tendré que matar a alguien para que me hagan caso y se den cuenta que no estoy bien”.*

(Mustapha, argelino, 19 años)

Las consecuencias psicosociales y los tipos de enfrentamiento generados por la situación de vulnerabilidad y precariedad no provocan en general alteraciones específicas en la salud mental que requieran de atención médica. Sin embargo, en algunas ocasiones, emergen problemáticas espe-

cíficas que sí la requieran y ante las cuales se han detectado algunas carencias y dificultades.

En primer lugar, la falta de detección de casos y de diagnósticos. Hay jóvenes acogidos/as en recursos de alojamiento, en situación de calle o presos/as que no cuentan con un diagnóstico médico. Su ausencia dificulta y obstaculiza sus itinerarios en cuanto a acceso a recursos de alojamiento adecuados, formación y empleo ajustados a sus perfiles, acceso a la autorización de residencia y evitación de la expulsión del territorio español, alegando causas de carácter humanitario<sup>5</sup>. Además es importante que los informes médicos no se limiten a diagnosticar la patología que sufre el/la joven, sino que incorporen también variables psicosociales que expliquen los factores a los que está expuesto/a.

Además, hay que tener en cuenta la dificultad para acceder a una valoración de discapacidad: para que ésta se realice es necesario contar con un permiso de residencia. En caso de no contar con ello, la persona se queda sin una valoración que le permita tener acceso a algún recurso de alojamiento adecuado a su perfil. En caso de contar con la autorización de residencia y de llegar a tener valorada la discapacidad, para poder tener acceso a un recurso socio-sanitario hay que tener valorado un mínimo del 33% y esperar un plazo mínimo de un año para acceder a una vivienda adecuada. Mientras tanto no hay acceso a ningún otro tipo de recurso de alojamiento<sup>6</sup>.

Preocupa también la excesiva medicalización de los/as pacientes, sobre todo por las dificultades de compaginar la utilización de fármacos con la situación de calle en las cuales se encuentran muchos/as de los/as jóvenes que recurren a atención en Salud Mental: la vulnerabilidad, la falta de estabilidad y condiciones materiales adecuadas para tomar la medicación de forma responsable y constante, así como la falta de seguimiento de sus efectos secundarios o la utilización de la medicación como forma de consumo y venta de la misma.

<sup>2</sup> <http://www.izeba.org/index.php/es>

<sup>3</sup> [www.puntdereferencia.org](http://www.puntdereferencia.org)

<sup>4</sup> Tomado de la exposición de SOS Racismo Gipuzkoa “También son nuestros Menores”, que con su título pretende evidenciar la obligación legal de tutelar y proteger a los menores migrantes de la misma forma en la cual se protege a los menores nacidos en territorio español.

<sup>5</sup> Previa justificación de que si fuese expulsado no podría ser garantizada su salud y el tratamiento requerido en el país de origen o de expulsión.

<sup>6</sup> Hay que tener en cuenta que, además, la situación de vivienda no es competencia del campo sanitario.

Finalmente, el personal médico tiene que tener en cuenta la visión cultural de las enfermedades mentales, la interpretación que el paciente otorga de su padecer en lo referente a las causas y al significado de sus síntomas. Como afirma Markez (2006) *hay que señalar que existen culturas en las cuales el sufrimiento psicológico es exteriorizado como malestar físico y en las cuales la idea de sufrimiento psicológico causa vergüenza (...). En otras culturas, la causa del malestar es puesta generalmente afuera, en un factor externo al que culpabiliza y en otras, más cercanas a la cultura occidental moderna, se acepta la idea del malestar psicológico con más facilidad.* La diferente visión cultural es un factor añadido que dificulta el momento, ya difícil en sí, de plantear al paciente y a la familia en origen la posible enfermedad mental padecida. A todo esto se añaden las dificultades de comunicación: idioma, códigos no verbales distintos, diferente sistema de valores.

## Conclusiones

La atención del colectivo de menores y jóvenes migrantes sin referente familiar adulto recae dentro de las políticas sociales destinadas a la infancia y a la adolescencia y a la inserción social. La presencia de estos/as menores y jóvenes ha planteado retos importantes a los modelos de intervención socioeducativa que a lo largo de los años han ido mejorando y adaptándose a esta nueva realidad, aun siguen enfrentándose a lagunas importantes que ponen en peligro el éxito de los procesos de integración y emancipación y amenazan con crear un colectivo de jóvenes, según sus mismas palabras, *sin futuro*.

Si el bienestar psicosocial responde a un conjunto de factores individuales, sociales, familiares y comunitarios, hay que asumir que somos

muchos los actores que formamos parte, participamos y somos responsables de acompañarles en este recorrido. La experiencia de SOS Racismo con este colectivo confirma la necesidad de una mirada holística vs. territorial sobre los factores que ponen en riesgo su bienestar. Ello implica atender a las redes familiares en origen y fomentar las acciones de mediación social transnacional; tener en cuenta el conjunto del proceso migratorio y sus características y no perder de vista el momento vital en el que se encuentra el/la menor o joven migrante. El impacto de la experiencia migratoria en este colectivo ha mostrado múltiples consecuencias de tipo psicosocial que deben estar tenidas en cuenta en los procesos de intervención, los cuales deberían estar dominados por la humanización vs. la institucionalización y el etiquetaje social de las personas con las que trabajamos. Si nos ocupamos de cuidar el área emocional y los factores psicosociales que intervienen en los procesos de inserción social de este colectivo, debemos de dejar de camuflar con pastillas y etiquetar como problemas mentales y de conducta aquellas dificultades que enfrentan *nuestros/as* nuevos/as menores y jóvenes y potenciar aquellos aspectos psicosociales que mejoren su salud y bienestar social. Asimismo, en aquellos casos en los que se detectan alteraciones específicas sobre la salud mental, es imprescindible que los agentes sanitarios realicen valoraciones médicas culturalmente competentes, que estas se realicen independientemente de la situación administrativa de los sujetos mediante diagnósticos que incorporen la globalidad de la experiencia migratoria y formulen necesidades de tratamiento que incluyan un marco residencial adecuado para su sostenibilidad.

## Contacto

Loira Manzani • menores@mugak.org / Maitane Arnosó Martínez • maitane\_arnosó@yahoo.es  
SOS Racismo Gipuzkoa  
C/ Peña y Goñi, 13-1º • 20002 Donostia-San Sebastián / Tfno.: 943 321 811 • Fax: 943 276 982



## Bibliografía

Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Inmigración y Salud Mental. Cuadernos Técnicos/2; 2006.

Achotegui, J. El Síndrome de Inmigrante con Estrés Crónico, Múltiple y Extremo (Síndrome de Ulises). *Revista Mugak*. 2005, 32, 7-18.

Achotegui, J. Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio. Escala Ulises. Girona: Editorial El Mundo de la mente; 2009.

Argyle, M. La Psicología de la felicidad. Madrid: Alianza; 1992.

Bargach, A. Los contextos de riesgo: menores migrantes «no» acompañados. En: Checa Olmos, F.; Arjona, A. y Checa Olmos, J.C. Menores tras la frontera. Barcelona: Icaria Antrazyt; 2006.

Bermúdez González, M. Los MINA (menores migrantes no acompañados): niños de la calle en la España del siglo XXI. Madrid: Témpora; 2004.

Bradburn, N. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine; 1969.

Buela-Casal, G. Violencia, conducta antisocial y delictiva en adolescentes. Materiales. Curso de verano UPV-EHU, agosto 2011.

De la Iglesia, A. Los comportamientos “alarmantes” de adolescentes en la sociedad actual: ¿dónde nacen la violencia y las conductas antisociales de los y las adolescentes? *Revista de Estudios de Juventud*. 2009, 84, 47-64.

Fierro, A. Sobre la vida feliz. Málaga: Aljibe; 2000.

Jiménez Álvarez, M. Buscarse la vida: Análisis transnacional de los procesos migratorios de los menores marroquíes en Andalucía. Madrid: Fundación Santa María; 2003.

Jiménez Álvarez, M. Menores inmigrantes o los vulnerables de la globalización». En: Checa

Olmos, F.; Arjona, A. y Checa Olmos, J.C. Menores tras la frontera. Barcelona: Icaria Antrazyt; 2006.

Jiménez Álvarez, M. y Ramírez Fernández, A. Las otras migraciones: la emigración de menores marroquíes no acompañados a España. Universidad Internacional de Andalucía/AKAL; 2005.

Le Gall, J. Familles transnationales: bilan des recherches et nouvelles perspectives. *Diversité Urbaine*. 2005, vol. 5 (1).

Markez, I. Políticas de inmigración, interculturalidad y mediación. Respuestas a la exclusión. Donostia: Ed. Gakoa; 2006.

Markez, I., Pastor, F. Drogodependencia en menores extranjeros no acompañados (MENAS): su derecho a una educación y salud de calidad. Vitoria Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias del Gobierno Vasco; 2009.

Martínez Lozano, E. ¿De qué hablamos? La persona y su proceso de crecimiento en la persona más allá de la migración. En L. Melero Valdés (coord.). La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes. Valencia: Fundación CEIMIGRA; 2011.

Monteros, S. La construcción social de un sujeto migratorio: los menores migrantes marroquíes no acompañados. En: Jiménez A. Menores migrantes sin referentes familiares. Jaén: Universidad de Jaén; 2009.

Orellana, M.F.; Thorne, B.; Chee, A. y Lam, W.S.E. Transnational childhoods: the participation of children in processes of family migration. *Social Problems*. 2001, 48 (4).

Pantoja, L. Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables. Planteamientos teóricos y experiencias internacionales. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencia; 2006.

Quiroga, V., Alonso, A. y Sòria, M. Sueños de bolsillo. Menores migrantes no acompañados en el País Vasco. Madrid: UNICEF; 2009.

Reguera, E. Cachorros de nadie. Madrid: Editorial popular; 1988.

Ruiz Lázaro, P. Promoviendo la salud mental en nuestros adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.

Vacchiano, F. (2011). La salud mental es una red. La intervención con menores migrantes y el reto de la colaboración. Ponencia en los III Encuentros Interprofesionales sobre menores

y jóvenes extranjeros en situación de riesgo; 2011.

Veenhoven, R. El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*. 1994, 3, 87-116.

- Recibido: 23/11/2013
- Aceptado: 12/03/2014

# Sabes como me espeluzna lo que dices: de las Mujeres, del Miedo y de la Transmisión.

*I know how what you say:  
It's frightening me. Women, Fear and Transmission.*

Anna Miñarro

Psicóloga Clínica – Psicoanalista. Barcelona.

Joan Pijuan

Psicólogo Clínico – Psicoanalista. Barcelona.

**Resumen:** Reflexionar desde nuestro oficio sobre la guerra del 36, la posguerra, la dictadura y la transición, implica un desafío. Supone el abordaje de un acontecimiento complejo y devastador para la humanidad, que ha quedado inscrito de forma indeleble como una herida difícil de cicatrizar en la subjetividad de quienes lo vivieron en primera persona y en sus descendientes.

En nuestra tarea grupal impulsamos la estructura y el funcionamiento del original *grupo de vida*, mediante la fórmula restitutoria de los grupos de palabra y de reflexión; una manera de reconocimiento de la encrucijada freudiana del sujeto con el grupo.

En el grupo que presentamos, la dinámica interna condujo a una reflexión ligada al género. Mujeres que no se han resignado a que sus experiencias desaparezcan, que vindican romper con el carácter silenciado de la memoria y que resignifican el pasado personal y colectivo, intentando sanar el presente.

El análisis de los coordinadores de este grupo puso de manifiesto como los traumas subterráneos transgeneracionales son una expresión del trauma de la discriminación sufrida y compartida por las mujeres.

Los profesionales que intervienen en estos grupos tienen una responsabilidad ética que sólo podrán cumplir si saben desde que posición escuchan.

**Palabras clave:** Grupo de palabra y reflexión, grupo de vida, mujer, represión, invisibilidad, trauma, miedo, silencio, profesionales.

**Abstract:** Reflection on 36 war, post – war, dictatorship and the transition involves a difficult challenge. It means a complex and devastating event for humanity that has been indelibly inscribed as a wound difficult heal the subjectivity of those who lived in the first person, and their descendants.

In our work with groups we impulse structure and function of the original “*life group*”, through the restitute formulated from word and reflection groups, that recognize Freud’s link between groups and subject.

In the group we are presenting, the inner dynamics led to a reflection tied to gender. Women who have not resigned to their experiences disappear, which vindicate to break silenced memory character and resignify on personal and collective, trying to heal the present.

The analysis of the coordinators of this group shows how trauma subways are an expression of transgenerational trauma and discrimination suffered by women shared.

The professionals involved in these groups have an ethical responsibility that can only be accomplished if we know from what position we are listening.

**Keywords:** Word and reflection group, life groups, women, repression, trauma, invisibility, fear, silence, psychoanalysts.

Ninguna generación es capaz de disimular a las generaciones que la siguen, los acontecimientos psíquicos significativos.

*Sigmund Freud*

### El trabajo psicoanalítico en grupo

Freud (1921), refiriéndose a los fenómenos colectivos, subraya que en la vida anímica de cada cual el semejante se presenta regularmente como *modelo*, como *objeto*, como *auxiliar* y como *enemigo*. Para la finalidad que nos ocupa queremos destacar las dos últimas formas, auxiliar y enemigo, ya que en el material que presentamos veremos al *otro*, *el semejante*, en estas dos versiones. En primer lugar, en el momento de la instauración del trauma, el otro es el enemigo, después, en el grupo de palabra el otro que aparece en el discurso es el auxiliar, el acompañante, verdadero motor de la reparación. El modelo de la matriz grupal freudiana es bien conocido: el del conjunto de individuos colocando un mismo objeto en el lugar de su Ideal del Yo, con la consiguiente identificación producida en el Yo de cada cual. Desde entonces en el trabajo con grupos destaca el mecanismo de la identificación, con las transferencias laterales hacia los otros del grupo y la importancia del ideal alrededor del objeto central. Los coordinadores, conductores, terapeutas y analistas de grupo no podemos perder de vista el lugar óptimo para ejercer nuestra función desde la guía psicoanalítica.

Sintéticamente, trabajar en grupo supone partir de las producciones de los componentes del grupo, a las cuales se les da audiencia, es decir se las eleva a la categoría de ser dignas de ser

escuchadas. Son las producciones narrativas, también llamadas situaciones, escenas, momentos, etc., que pasan a ocupar el lugar central vacío (del cual nos hemos descolocado) dispuesto para la circulación y el análisis. Ya sabemos de la importancia de la escucha desde el lugar del analista para posibilitar estos emergentes. La dinámica grupal, consecuencia también de la conducción atenta, nos permite entrar en los discursos del sujeto, del grupo y de la sesión. Todos ellos configuran el entramado complejo de la sinfonía de discursos en los grupos, el efecto coral de las resonancias de la palabra.

Un capítulo específico que merece ser detallado es el de la distinción de los grupos terapéuticos de los otros tipos de grupos. Los terapéuticos tienen justamente este objetivo. Normalmente son grupos artificiales o grupos naturales a partir de algún trazo común (patología, pertenencia a una misma institución, etc.). El terapeuta utiliza recursos técnicos (incluida la interpretación) con la finalidad de movilizar al sujeto y conseguir cambios en la sintomatología o en la posición subjetiva. Pero en psicoanálisis existen gran variedad en los usos de grupos con finalidades diferentes a la terapéutica: grupos de formación, de estudio, de supervisión, de reflexión, etc. En la tarea con afectados, de primera, segunda y tercera generación por causa de la catástrofe social (Puget, 2006) mencionada, hemos creado un tipo de dispositivo que llamamos *grupos de palabra*. Aunque tengan efectos terapéuticos, los grupos de palabra no tienen esta finalidad, son grupos de acompañamiento. La propuesta de la constitución de grupos de palabra para los sujetos participantes apunta a un triple objetivo:

a/ hablar, dar testimonio ante un otro, en un contexto Otro; b/ transmitir a un otro, los otros; en este sentido esperamos que el sujeto haga lo que no pudo hacer en el momento original en su grupo de vida (que describiremos más adelante); c/ vivir la experiencia de puente entre las generaciones presentes en el grupo.

Pensamos que la elaboración psíquica de las afectaciones de la Guerra del 36, la posguerra franquista y la transición, debe hallar el espacio no solamente en un dispositivo hacia el otro singular sino también en un dispositivo grupal. Hay que encontrar un marco adecuado, si se quiere, un dispositivo de atención, para simbolizar, tratar heridas y afectaciones en las diversas generaciones. Un dispositivo que posibilite el lugar de retorno, no a la “realidad” de aquel momento sino al punto de “la realidad interna” que supone atender el recuerdo para transformarlo, reconstruirlo, y así favorecer la reconstrucción del sujeto. En la actualidad, la posibilidad de tener a disposición grupos terapéuticos con este objetivo de trabajo es casi una quimera, ya que esto dependería de los recursos públicos disponibles y de la voluntad política de reconocimiento de los efectos en la salud mental de los traumatismos por causa de aquella catástrofe social. La responsabilidad de los políticos, de los psicoanalistas, y en general de cualquier ciudadano, es la de inscribir de otra manera lo que ha sido, con frecuencia, la marca de una violencia calificable de holocausto, tal como Paul Preston lo describe en el interesante ensayo que subtitula “Odio y exterminio durante la Guerra Civil y después” (Preston, 2011).

### Grupos de vida

El grupo es estructurante del sujeto y a la vez es el mismo sujeto quien da estructura al grupo; los sujetos constituyen la matriz del grupo que a la vez los inserta a cada cual. De esta manera, los grupos ocupan la estructura intermedia entre el sujeto y lo social. Tal como hemos señalado en otro lugar, J. Pijuan (Miñarro i Morandi, 2012), “La pertenencia a los grupos (la clase y la escuela, el trabajo, el barrio, etc.) debemos situarlo como vital en este punto intermedio entre la estructura social y el sujeto. Si los otros de afuera son los denunciadores, los segregantes, los perseguidores, entonces hacia adentro del yo los otros que

representan y componen el grupo de referencia psíquica entran en una circulación problemática”. M. Polanuer (2004) nos recuerda que la fuerza de la masa no está en la cantidad sino en la calidad de los lazos con los otros en tanto que integrantes de un grupo. En consecuencia cabe pensar que si la violencia viene del efecto masa aquella dañará un punto particular del sujeto: el núcleo más interior que a la vez es exterior, la base sobre la cual el sujeto hará el lazo social.

Ya hemos destacado, J. Pijuan (Miñarro i Morandi, 2012), que las diversas expresiones de violencia, en el periodo de la guerra del 36 y especialmente en la posguerra hacia los vencidos, aparecen no en el uno a uno, como pueden ser frecuentes de entrada en nuestro imaginario, sino que debemos pensarlas en su inscripción grupal. Lo hemos podido constatar de forma regular en los testimonios entrevistados y en los participantes de los grupos de palabra. Un ejemplo paradigmático podría ser el del ciudadano denunciado por sus vecinos que era detenido y, posteriormente, su esposa sentía el menosprecio en su barrio o en el pueblecito donde vivía, y sufría las represalias de las autoridades locales; los hijos recibían esa herencia en forma de silencio y miedo. Es preciso ubicar los traumatismos de la guerra del 36, la dictadura y la transición en su dimensión social ya que fue toda la red grupal de los ciudadanos la que fue atacada. La violencia se dirigió a las víctimas, pero también pretendió la destrucción de los dispositivos grupales que sostenían pertinencias de esos mismos sujetos: quedó afectada toda la red de referencia de las víctimas.

Resumiendo, debemos entender el trauma al que nos referimos siempre como inscrito en la relación con el otro que forma parte de la red social. La afectación del trauma también incide en el lazo con los grupos de referencia a los que hemos llamado *grupos de vida*. El grupo de vida (Pijuan, 2012) sería un intento de conceptualización de este lazo vital que para el sujeto tiene el origen en la primaria inscripción del grupo familiar y que después halla la continuidad en los grupos de pertenencia e identidad próximos (escuela, asociaciones, barrio, etc.). El grupo de vida, siguiendo preceptos freudianos, se opone a la interferencia tanática en los vínculos que sostienen a los sujetos. En consecuencia, la restauración

del traumatismo ha de pasar por un dispositivo de grupo que repita la estructura del original grupo de vida y que substituya el mismo grupo de vida de antaño que fue descarriado en su función básica, la confiabilidad. Desde este presupuesto, como profesionales, hay que considerar la manera en que damos la palabra al testimonio de catástrofe social. Si lo hiciéramos en su grupo de vida original, y por tanto también afectado, ¿favoreceríamos la rememoración o, por el contrario, la repetición compulsiva? Esta eventualidad la hemos podido constatar en diversas ocasiones y entonces la yatrogenia aparece con toda la fuerza; se consigue la retraumatización y se obtura la posibilidad de futuras aperturas del discurso del sujeto. La alternativa debe pasar por vías libres de la estructuración grupal afectada por los efectos del traumatismo. Así, la vivencia angustiada en el grupo de vida puede encontrar una nueva opción para la restauración en un grupo de palabra. Los grupos de palabra instaurados responden, con el retorno de la marca grupal, a lo que fue destrozado: la inscripción de los hechos y la función de transmisión encomendada al sujeto (si tiene las buenas condiciones) de la transmisión a las siguientes generaciones.

### El grupo de palabra

La necesidad de los grupos de palabra que proponemos en el contexto del estudio "Trauma psíquico y transmisión" (Miñarro y Morandi, 2009) parte de la constatación que muchas víctimas no han podido dar en herencia las palabras y no han podido realizar la inscripción en un registro amparado por la legalidad colectiva. Sabemos que este reconocimiento colectivo y legal es imprescindible para una verdadera reconstrucción en el sentido psicoanalítico del término. Y es así porque se trata de un reconocimiento simbólico en un grupo inscrito en toda una comunidad, un pueblo, un país; más allá del realizado a oscuras o en confesión y sólo en términos particulares. El soporte del grupo puede dar protección y legitimidad a una experiencia que quizás algunos ciudadanos no han hecho nunca porque la violencia malogró la confianza misma en la palabra compartida.

Esta reconstrucción del sujeto en un dispositivo grupal se sostiene por razones teóricas y clínicas. Hace falta destacar la importancia de la fi-

gura del testimonio, del relator ante los otros y del reconocimiento desde un Otro que garantice la legalidad recuperada; entonces como un punto de cruce, vemos aquí el concepto de R. Kaës (Puget i Kaës, 2006) de sujeto de la herencia. Hay que pensar con precisión qué representa dar testimonio, confrontar, reflexionar, transmitir en presencia de los otros. Queremos decir que la vertiente imaginaria no nos debería hacer perder de vista la vertiente simbólica, y no tan sólo referido a la palabra sino también a las condiciones mismas en las que se pudo hablar y de que garantías se dispuso. La fórmula de Kaës es la de la salida intersubjetiva como alternativa a la repetición intrapsíquica: es gracias a la función de delegación en el semejante que se puede restaurar la memoria propia porque el otro funciona como pantalla externa-interna y el grupo, como dispositivo, funciona como aparato de transformación.

Ya hemos señalado (Pijuan, 2009) la fórmula conocida en la tarea con grupos: cuando alguien hace surgir una representación enigmática en relación a un conflicto propio es entonces, en el retorno de las asociaciones de los otros del grupo, cuando aparece el significante que faltaba. Se trata del retorno de lo reprimido que se abre paso por la palabra del otro, verdadera promotora del trabajo analítico. Este mecanismo aparece de una manera clara en el material que más adelante presentamos. Sabido es que muchos ciudadanos ya han explicado sus historias en otras ocasiones, en el uno a uno, pero nosotros hemos podido constatar que sus actos de testimonio al dialectalizarlos en el grupo permiten que se signifiquen de otra manera. El valor inconsciente que toma su palabra en los puntos de identificación o de respuesta a la palabra de los otros, y en su inscripción en el discurso de la sesión del mismo grupo, conforman una de las claves.

En los grupos de palabra se trata de posibilitar que la palabra circule entre los participantes, haciendo que retorne a cada cual después del paso por el otro. El otro es quien hace de contrapunto a quien habla y, eventualmente, encarna a la otra generación. La estructura de grupo de palabra permite la emergencia de los significantes desde la fórmula del retorno desde el otro, ya que aquello no simbolizado retorna en el otro y/o en la generación siguiente. Los que conducimos estos grupos somos responsables de hacer



circular las palabras que acompañan las emociones despertadas; sabemos que recordar y hablar no es inocuo y por eso garantizamos desde nuestra formación clínica una escucha adecuada a la movilización de los afectos y las angustias que normalmente pueden surgir.

Los grupos de palabra tienen como objeto los emergentes grupales e individuales: la palabra, las preguntas, los problemas planteados, los recuerdos traumáticos, las sensaciones, etc., referidos a los silencios, las represiones, los traumas y la transmisión entre generaciones. El objetivo es favorecer la identificación con el otro (semejante pero diferente a la vez), promover el cambio de lugar (para ponerse en el lugar del otro), conseguir cambios de posición subjetiva con la apertura de nuevas significaciones que apuntan al sujeto y su responsabilidad. La reflexión se propone como señuelo, ya que no trabajamos sobre la consciencia, la razón o la reflexión racionalizada. Establecemos un diálogo abierto hacia el espacio paradójico que implica la presencia particular del otro. Partimos de la experiencia recordada con el fin de favorecer la religazón con las otras palabras que, en la transferencia lateral, permitan trabajar los puntos de coincidencia / diferencia.

Como coordinadores vamos con precaución para no ocupar el lugar del saber, obturador del deseo del otro, su expresión en palabras y del saber de cada cual. Estamos ocupados fundamentalmente en la circulación de la palabra y la aparición de la sorpresa. Acompañamos los sentimientos y afectos que aparezcan para hacerlos pasar por el ligamen simbólico. Sostener el dispositivo grupal supone un manejo transferencial muy particular que se da en el interior de estos dispositivos grupales. A fin de optimizar la escucha hacemos el desdoblamiento de las funciones de animador y observador alternativamente en cada encuentro grupal. Pero también cabe decir que son frecuentes la aparición de fuertes traumatismos o los efectos del levantamiento de criptas (Tisseron, 1997). Si bien podemos establecer un fondo común en todos ellos, cada grupo de palabra tiene características específicas. Los hay con presencia de tres generaciones, otros son constituidos de manera artificial, algunos tienen continuidad más allá del número mínimo de encuentros (8), los hay que generan fuertes efectos transferenciales, etc.

## Efectos de un grupo de palabra

El grupo del que hablaremos también tenía unas características significativas: compuesto exclusivamente por mujeres, entre los 70 años y los 88 años, todas vinculadas al Museu d'Història de Catalunya asumiendo funciones de testimonios y transmisión de la historia personal a los estudiantes de educación primaria y secundaria en los centros de Catalunya que lo solicitan.

Inicialmente, este grupo de palabra y reflexión tenía que ser un grupo mixto en cuanto a género, formado por aquellas personas que intervienen desde el Museu d'Història de Catalunya, en la transmisión de la historia a los estudiantes, es decir hombres y mujeres. No obstante, nos encontramos que los hombres declinaron su presencia y este grupo se constituyó exclusivamente con mujeres de primera y segunda generación.

Por este motivo en todas las sesiones, casi de forma constante, aparecerá la existencia de una dinámica entre memoria y género. Y este elemento nos llevará, también a los coordinadores, a interrogarnos sobre el vínculo entre poder e instrumentalización del miedo en un régimen totalitario —el fascista, en este caso—.

La negativa y rechazo de los hombres a participar en los trabajos del grupo nos llevó a reflexiones sobre los límites del testimonio, sobre el pudor a expresarse, sobre la acentuación del carácter silenciado de esta memoria, sobre los duelos no elaborados e incluso a preguntarnos si tenemos derecho a trabajar sobre aspectos tan dolorosos.

Como ya sabemos, la situación transferencial no se encuentra presente de forma exclusiva en el entorno de terapia, sino que aparece siempre que un sujeto se encuentra con otro y, por lo tanto, se presenta también cuando nos encontramos con un grupo de varias mujeres en el que cada una de ellas proyecta los objetos de su fantasía inconsciente sobre las otras del grupo. Cada sujeto acepta el papel asignado en el grupo, y poco a poco se genera un “común denominador”, una tensión “común” de grupo. Esta tensión de grupo inconsciente lleva a interacciones que tienden a disminuir el aspecto de la tensión individual.

Ante esta dinámica de grupo, los coordinadores adoptamos la posición de no imponer ni normas

ni prohibiciones; de no hacer ninguna advertencia, y sólo pedimos que dijeran aquello que se les ocurriera en su cabeza, dando por sabido que generarían asociaciones “libres”. En el supuesto de considerar que alguien del grupo estaba reprimiendo algo en su discurso, intentamos liberar sus asociaciones por medio de alguna pequeña intervención.

Dimos una explicación de la función de grupo porque era la primera vez que nos veíamos todos juntos...

En las primeras sesiones hubo pocos silencios, pero alguna gran incomodidad, y la sorpresa de ciertos discursos. Es por eso que decidimos trabajar con una rigurosa técnica, del “aquí y ahora”.

La incomodidad y la sorpresa inicial estaban relacionadas con que no todas las participantes en el grupo tenían conciencia del horror y del terror vivido por algunas de sus compañeras, ni de lo que significaba haber sufrido alejamiento, prisión, tortura, o haber presenciado como desaparecía un familiar o haber recibido un maltrato indigno y humillante.

Desde el principio, en el trabajo con todo el grupo, el testimonio de las que habían recibido maltrato ayudó a comprender, a ellas en primer lugar y al resto del grupo, el comportamiento de algunos seres humanos en situaciones de extrema precariedad. Y permitió la decisión a todos los miembros del grupo de pasar de ser espectadoras pasivas o indiferentes de la realidad y transmitir a los estudiantes sólo “anécdotas históricas” sin ningún contenido subjetivo (p.e. cómo se comía, cómo se dormía, cómo era la ciudad, cómo era esa calle, cómo era la otra, etc.), a convertirse en compañeras comprometidas en las consecuencias del horror, y a reconocer el rostro y el rastro de la violencia que todavía perduraba en compañeras que conocían desde hacía tiempo y con las que compartían espacios vinculados a la historia.

Así pues, como es habitual en estos grupos de palabra, el punto central fue escuchar, compartir los relatos de vida. Y el corpus central, las narraciones y el testimonio.

Pensamos que la originalidad de esta forma de grupo es la dificultad de reconocer los contornos

que de esta historia particular hacen las mujeres que participaron. Así se convierte en una herramienta de trabajo imprescindible, que confiamos pueda servir y complementar la poca bibliografía existente, especialmente porque una víctima es sólo esto, víctima, sin historia y sin espacio de palabra.

Este grupo de palabra y reflexión consigue también la originalidad de poner en evidencia la organización de la memoria y la posibilidad de ayudar a visualizar sus mecanismos no detectables en las fuentes escritas, y por tanto puede hacer que aparezca la memoria reprimida de la historia reciente.

Desde la primera sesión y a través de las intervenciones, fuimos escuchando como estas mujeres nacidas en los años treinta y cuarenta, es decir, de primera y segunda generación, no se han resignado a que sus experiencias desaparezcan y mueran con ellas. Reclaman su necesidad de hablar y de decir, y a la vez empiezan a poner palabras a las dificultades, a las incertidumbres y al dolor que han soportado durante años.

Dice Cèlia, respecto a la represión:

“Toda mi familia fue muy represaliada. Fusilaron a mi padre, por seguir ideológicamente a mi madre. En mi familia todos estuvimos en prisión, nueve miembros de la familia. Y de los nueve sólo salimos cuatro, a los otros cinco los fusilaron”.

Y añade Mercè:

“¿Verdad que es extraño? ahora mismo están presentes los olores de la miseria, de la humedad, del humo, del fogón de petróleo, de los pisos con realquilados. [...] Como pasa ahora con los inmigrantes que llegan y que conviven 20 en un piso... lo mismo que nosotros hace más tiempo”.

Este grupo pudo reconocer como la persistencia y la insistencia de la memoria afecta los sujetos, y constató cómo hemos vivido en una “sociedad que ha cerrado los ojos, ha negado y tergiversado la historia y las crueldades del pasado” (Miñarro, Morandi, 2007).

A partir de las primeras sesiones, se empieza a dar visibilidad a las mujeres de este grupo como sujetos, a “recuperar el importante papel jugado



por ellas tanto en la guerra, como en la posguerra, en la dictadura y en la transición” (Miñarro, 2013).

Esto permite que Carme diga, refiriéndose al discurso, sorprendente para ella, que acababa de escuchar de Cèlia:

“Sabes como me espeluzna lo que dices. Me hace mucho daño. Me doy cuenta como es de incómodo hablar, y como a menudo no explicamos nada cuando hablamos, y más todavía cuando vamos a explicar la historia a las escuelas y a los Institutos”.

Y sigue Carme, dirigiéndose a los coordinadores:

“No podéis esperar que seamos muy espontáneas. Desde muy pequeñas nos han ido repitiendo que hay que controlarse, que no se tiene que hablar hasta que no nos hablen, que hay que cambiar de lengua si otro se te dirige en castellano, porque sino serías una mal educada [...]”.

En el grupo escucharon, y tomaron conciencia, quizás por primera vez, como las mujeres represaliadas y encarceladas sufrimos una doble exclusión: como mujeres y como republicanas.

Las diversas sesiones favorecieron un discurso fluido que pudo recorrer las deficiencias del sistema escolar, las pocas infraestructuras, un profesorado sin formación y vinculado a la falange, que produjo una tasa de analfabetismo elevada en muchos casos compensada, ampliamente, por la voluntad, la transmisión y el deseo de los padres de un futuro mejor para sus hijos, futuro por el que tanto habían luchado y que coincidía con unos ideales tan altamente investidos.

Y continúa Cèlia, en relación a la represión:

“La estancia en prisión, yo no la recuerdo con tristeza. Cómo que nací allí era el único mundo que conocía [...] más bien me aterraba tener que salir. Me daban miedo los carros, los perros, era horrible para mí, porque no conocía el exterior”.

“Nunca me separé de mi madre. En la prisión estuve acompañada y cuidada por muchas mujeres que me enseñaron muchas cosas, pero al salir y debido a la militancia de mi madre no pude ir nunca a la escuela, fui a clases clandestinas y empecé a trabajar a los ocho años. [...]

Más tarde, renuncié a todo, incluida mi vida personal. Era consciente del exagerado sufrimiento de mi madre, del significado del fusilamiento de mi padre cuando todavía estaba embarazada de mí, y decidí comprometerme y decir que “mi madre, mientras yo pueda, no sufrirá nunca más”.

Esta intervención, que daba cuenta del trabajo de la mujer, permitió poner de manifiesto como los oficios de las mujeres estaban vinculados al trabajo precario, a no tener nunca un trabajo digno. Por otro lado los deberes familiares retenían a las mujeres en el hogar las pocas horas libres de que disponían. También la misoginia de sus compañeros de trabajo hacía difícil establecer vínculos de solidaridad organizada. La otra cara de la moneda era, obviamente, que los trabajadores actuaban convencidos que la posibilidad de incorporar la situación del trabajo femenino a la agenda reivindicativa del movimiento obrero comportaba un riesgo de competencia capaz de reducir sus propias retribuciones salariales (S. Tavera, 1997). Y esto sin olvidar que varios oficios fueron prohibidos a las mujeres. Y que las asignaturas “Hogar” y “Educación Física” fueran obligatorias para todas las niñas que estudiaban.

Todo ello una enorme invisibilidad que contribuía todavía más a aumentar los silencios y la ocultación.

Dice Mercè, en relación a la obligada sumisión y al carácter silenciado de la memoria:

“Se consideró como obligatorio el “Servicio Social” que duraba seis meses, y que era indispensable para muchas cosas”.

También las condiciones a menudo modestas de los hogares, y la subsiguiente ausencia de alfabetización correcta de las mujeres, la militancia de algunas mujeres vinculadas a unos grupos políticos, por definición subversivos, y la necesidad de no destacar, acentuaban, todavía más, el carácter silenciado de esta memoria durante la posguerra y el franquismo.

“La mujer tenía que ayudar al hombre, no tenía que dirigir. El objetivo era el control de la población femenina” (Campmany, Oranich, Balletbó, 1998).

Ciertas leyes acompañaban la invisibilidad. Se prohibió también el aborto y la propaganda de la contracepción. Se creó la “Sección Femenina”, encabezada por Pilar Primo de Rivera, para explicar la nueva misión de la mujer en el seno de la ideología fascista:

Y Teresa, en relación a la invisibilidad y la rotura de los vínculos, se expresa así:

“Tienes que luchar mucho con el ambiente en el que te mueves, si eres una mujer [...] mi madre, después de la guerra, era la primera machista. El franquismo la había castrado; el miedo la había cambiado y yo casi no la reconocía. [...]

Mis padres decidieron, para protegerme, que yo marchara, refugiada, con una tía en la URSS, y yo iba ilusionada huyendo de las bombas y del hambre. Allá estuve nueve años refugiada y sufriendo dos guerras.

Pero nunca he podido tolerar que mis padres se me quitaran de encima, porque esto me hacía ir inventando historias diversas para poder soportar la larga separación. [...]

Cuando volví, mi madre no era la misma, mi padre no hablaba, y mi hermano se había vinculado a la derecha”.

Una madre tan luchadora durante la República, y tan silenciada y represora después.

Teresa por un lado considera que su exilio, según como, fue una suerte, pero a la vez manifiesta sus enormes dificultades para reconocer su familia y, especialmente, a su madre y, sobre todo, para entender la ruptura del vínculo.

En otra sesión y, vinculado en la escuela, aparece el tema del compromiso de la mujer con la República y la queja, otra vez por parte de Teresa (primera generación).

“Las mujeres que no escriben, ¿no son intelectuales? Así ¿significa que no participan en la salvaguarda de la cultura? ¿O que se han comprometido de otro modo?”

Y le acompaña María:

“En el supuesto de que fueras a escuela, ca-sarte significaba el fin de los estudios”

Quizás, D. Voldman, (Voldman, 1992) dice algo que podríamos aplicar a estas mujeres valientes: “La memoria no es conservación, sino la reconstrucción del pasado a partir del presente, es decir la resignificación de aquello que sufriste”.

La memoria es selectiva por esencia, y el olvido es una de las formas privilegiadas de su organización, y así contribuye a estructurar la identidad individual o colectiva. La historia del olvido y la historia de la memoria son paralelas y reinventan la construcción de la identidad. El olvido no es nunca involuntario, es el resultado de un acto voluntario, de una ocultación. Así, es realmente muy difícil de recuperar los recuerdos guardados o escondidos a no ser que elijamos formas de resignificarlos como por ejemplo terapia, la escritura, la pintura, etc., en definitiva, la *sublimación*.

También las sesiones nos permitieron escuchar los diferentes relatos de vida, los duelos del exilio, tanto el interno como el externo, y como estos afectan la identidad. Y como muchas experiencias llenan los exilios de significado, a menudo negativo.

La mayoría de estos relatos reivindican la memoria antifranquista, que es una manera de reivindicar la identidad, porque no hay identidad sin memoria. Así, habrá que considerar la identidad como una apropiación a partir de la palabra escuchada por un “Otro”.

Otras, que también participaban en este grupo y, que primero parecía que no reconocían ni consecuencias, ni síntomas, poco a poco y a medida que iban pasando las sesiones, podían darse cuenta de ocultaciones, fingimientos y varios síntomas, a nivel personal, familiar y comunitario. Su discurso las acercaba a tomar conciencia de como “el inconsciente es estructurado como un lenguaje” (Lacan).

Todas, de forma consciente y militante, y otras de manera inconsciente, han mantenido un compromiso con la lengua catalana (prohibida, menospreciada, invisibilizada) también durante el tiempo que era obligatorio la utilización de la lengua del Estado, y se estableció la diglosia o la discriminación de género.

Todas mostraban un altísimo compromiso con la solidaridad, con la necesidad de acompañar a



otros, a pesar del sentimiento de haber recibido la discriminación a lo largo de toda la vida, por cuestiones políticas, familiares y/o comunitarias.

En relación a la discriminación, dice Maria:

“Nuestro trabajo nunca ha sido reconocido, a diferencia de los hombres a quienes se les reconocía un oficio. El trabajo doméstico fue negado (y continúa todavía hoy) y, nunca se presentó como una responsabilidad, sino como secundario, accesorio y complementario del masculino”.

Y todas las componentes del grupo coinciden, consideran patente la discriminación, especialmente por el hecho de ser mujeres y de clase baja; invisibilizadas por la historia, lingüísticamente, en el seno de la familia, en los estudios, en el trabajo y políticamente.

El análisis que hemos podido concebir los coordinadores de los discursos respecto a la transmisión, confirman la hipótesis que en situación de “catástrofe social” (Puget y Käes, 2006), el trauma transmitido por las mujeres es acompañado por el contenido simbólico del trauma tabú de la discriminación sufrida y compartida por las mujeres. Este trauma se expresa también a partir de traumas subterráneos transgeneracionales.

Estas mujeres se han visto obligadas a realizar una tarea dolorosa, a la vez que imprescindible; abrir, poco a poco y a través de las diversas sesiones, temas que requieren mucho esfuerzo y tiempo: memoria, olvido, sufrimiento, vergüenza, recuperación de la memoria, silencio, recuerdo y duelos nunca resueltos. Han realizado el difícil camino de volver narrables sus experiencias: testimonio, terapia –sublimación, en definitiva– y sabemos que cuando se puede traducir el horror y este supera la queja y el llanto, estamos en condiciones de confiar que la transmisión entre generaciones se recupera, como mínimo, en parte. (Miñarro, Morandi, 2009)

Han recuperado la palabra, han conseguido hablar de su historia personal y familiar hasta el 36 y de los acontecimientos de sus vidas hasta ahora. De como las identificaciones las ayudaron a salir airoso y de como consiguieron la energía suficiente para continuar la lucha personal, familiar y comunitaria.

En todas las sesiones hablaron de sus vivencias durante la guerra y después, según el lugar en la familia (y las etapas vitales), de la desmembración de los vínculos, de los lugares conseguidos hasta entonces: casa, trabajo, amigos. El exilio, el exilio interior durante la posguerra, la dictadura y la transición, tanto aquellas que se comprometieron cómo aquellas que habían pasado mucho tiempo pensando que no pasaba nada pero que se quisieron comprometer en la transmisión de la historia a los niños y adolescentes.

También estuvieron presentes las pérdidas, destacando las más dolorosas y como las vivieron. De cómo se hablaba en casa de esto, según el origen familiar y el compromiso, y de cómo los duelos no se podían elaborar. De las escalofriantes torturas, de la persecución política de proporciones colosales, de la caza de brujas, de las prohibiciones por motivos ideológicos, de ejercer una profesión, de todas las historias ocultas de las que hasta hoy no habían tenido el ánimo ni de pensar ni de denominar.

“Porque si escalofriante fue el trato a los prisioneros de guerra, más vil, indigno y grosero fue el dispensado a los civiles, niños, mujeres”.

De como piensan que la brutalidad del ser humano es “a menudo más contagiosa que el tifus, y de como se abrieron de par en par las más sórdidas tendencias criminales que algunos traían ya en sus adentros.

Se pudo percibir el miedo como un sentimiento agudizado, como telón de fondo, el miedo como una consecuencia, como respuesta a un hecho previo, sabiendo que cuando se juega con amenazas, peligros y desasosiego, el miedo se convierte en una herramienta de control y una excusa perfecta para introducir cambios estructurales que de otro modo, rechazaríamos.

En este grupo también se constató que si la desconfianza es alta, especialmente en situaciones de horror, aparece el pánico. El sujeto tiene tendencia a pararse, y a hacer suyos más fácilmente discursos protectores, que sitúan la culpa de aquello que pasa, en otro que es claramente definido.

Se constató como las vivencias de rechazo y la vergüenza perturban las relaciones. El silencio,

la culpa, las enfermedades. Como la psiquiatría de la época, en manos de la iglesia y del régimen, no las pudo, ni quiso acompañar en sus dificultades. Pero sobre todo se manifestaron los numerosos recursos que habían podido utilizar para resignificar el malestar y todo aquel maltrato recibido (lectura, pintura, escritura y trabajo comunitario).

Estas mujeres estaban en condiciones de decir algo sobre aquello que las constituía como sujetos, y que insistía en la vida de cada una de ellas.

No tenemos ninguna duda que, a pesar de que el régimen quiso destruir toda la esfera privada, aquella en la que fue instalada la mujer mientras mantenía al hombre en la esfera pública, los grupos sirven de elemento de lucha contra el fenómeno de la invisibilidad de las mujeres y de como recuperar la palabra favorece la visibilidad y el reconocimiento.

Dicen a coro:

“A más sufrimiento, más militancia y más salud”; “En cada sesión me libero de un rémora”, o “Ahora es la mejor época de mi vida”.

En la última sesión, como despedida, Cèlia toma la palabra para compartir con el grupo el “secreto más bien guardado de su vida”. Cuando su madre tenía 80 años fue diagnosticada de esquizofrenia, como consecuencia de la aparición de sueños horribles, de miedos no justificados, de delirios. Así aparecía todo el maltrato recibido durante tanto de tiempo.

Dice Cèlia:

“le jugó una mala pasada el cerebro por las penalidades. En aquel momento le administraron una medicación que la dormía del todo, yo tomé la decisión de no dársela, de cuidarla, de poner una persona mientras yo trabajaba, y de acompañarla siempre... mi madre murió en el 2000, a los 92 años, sin haber tomado más medicación que algún ansiolítico de vez en cuando.

Y continúa... ahora quiero hacer una pregunta [dirigiéndose a los coordinadores y pidiéndoles que ocupen el lugar de notarios]: Todo el miedo que ella tenía, todas las reacciones, la demanda de poner rejas en las ventanas, ¿era

la consecuencia del fusilamiento de mi padre, del tiempo en la prisión, de las condenas a muerte, del sufrimiento a lo largo de toda su vida, de todo aquello que le pasó? ¿Verdad que esto no era una esquizofrenia?”

Los coordinadores “*dieron fe*” que no se trataba de una esquizofrenia, sino de los efectos psíquicos de un maltrato continuado, de la prisión, de la clandestinidad, del desamparo y de no haber podido tener nunca un trabajo digno.

Quedaba claro que los sueños de la madre de Cèlia no eran, como dice Sigmund Freud (1909), ninguna satisfacción disfrazada de deseo reprimido. Estos sueños eran el resultado de un grave traumatismo, de un maltrato y de un horror sostenido durando mucho y mucho tiempo. El mismo Freud se encargó de hacer la excepción a la regla, en situaciones de guerra.

El trabajo compartido del grupo (el testimonio, el reconocimiento, la recuperación, la circulación de la palabra, y la posibilidad de una escucha diferente) permitió que Cèlia resignificase elementos fundamentales de su vida, que voluntariamente había guardado en secreto. Este fue el cierre de la tarea del grupo y el regalo comunitario que nos brindó Cèlia. Y tal como decíamos al comienzo, los otros del grupo como *auxiliares* y acompañantes posibilitaron no tan sólo este hecho, sino que propiciaron el funcionamiento de la estructura del original *grupo de vida*, ahora bajo la fórmula restitutoria del *grupo de palabra*. Este hecho nos parece uno de los más destacables del dispositivo grupal descrito, ya que es una forma de reconocimiento de la encrucijada freudiana sujeto-grupo.

### **Responsabilidad de los profesionales en los grupos de palabra y reflexión**

La característica más importante de la Salud mental en la posguerra fue la consolidación del modelo médico, con tratamientos físicos, farmacológicos y quirúrgicos, exclusivamente. La dictadura prohibió el Psicoanálisis, expulsó a los psicoanalistas del país, y así, subsistió una psiquiatría totalmente entregada a la iglesia y al régimen, con Antonio Vallejo Nájera al frente, estigmatizando todos aquellos que disientían o que se habían adherido a la República, y especialmente



si eran mujeres, rojos, homosexuales o locos, y construyó un discurso “científico” donde se demostraba la inferioridad y la degeneración de las mujeres. (Miñarro, 2013)

Nosotros sabemos que el psicoanálisis es una forma de literatura, una sucesión de relatos puestos en acta por el testigo. Es una forma de acompañamiento del sufrimiento psíquico gracias a la narración, y al hecho de compartir aquello que, de lo contrario, sólo se expresa con el malestar o el síntoma, es pues, un saber sobre el lenguaje y los efectos que tiene en el sujeto.

Teniendo en cuenta la originalidad de estos grupos, ¿cuál sería la responsabilidad ética por parte de los “terapeutas” y/o coordinadores? Es evidente que la tenemos y es importante, frente al “rostro y rastro “del otro, y que hace falta una importante empatía hacia aquello humano.

¿Sería necesario, como dice Haydee Faimberg (Faimberg, 2006), una ética pre-contratransferencial, al igual que en la elaboración del encuadre?”.

Es, pues, indispensable saber desde qué posición estamos escuchando, y recordar, como ya decía Freud, que los analistas no podemos desconocer las manifestaciones de nuestro tiempo porque todas modelan y describen cierta subjetividad, tanto a nivel cultural, histórico y antropológico.

Es por ello que el análisis del analista es indispensable y que dentro de él se haya podido analizar la realidad de lo que ha pasado a nuestro alrededor, del horror y del terror que circuló por este país durante tantos años.

Porque cuando un analista, en su propio análisis, no ha analizado o no ha preguntado a sus padres sobre su “historia”, durante la guerra, la posguerra y la dictadura, se puede encontrar en una situación complicada, que habrá que relacionar con resistencias no trabajadas.

Siguiendo Haydee Faimberg: “Quizás no preguntó porque inconscientemente conocía la respuesta o quizás porque, también inconscientemente, estaba identificado con la forma en que sus padres vivieron aquellas épocas”. (Faimberg, 2006)

¿Podríamos afirmar que la falta de reconocimiento es transmitida de generación en generación y tiene mucha importancia tanto para nosotros como para los sujetos?

Quizás, como dice Serge Tisseron, “¿tendríamos miedo de hacer daño a nuestros padres o de deteriorar la imagen interna que tenemos de ellos?” (Tisseron, 1997) ¿Conocemos bien la dificultad de apañarnos con conflictos fundamentales, como por ejemplo las identificaciones inconscientes?

Es por ello que cuando la falta de reconocimiento no es escuchada ni interpretada, provoca sentimientos en el sujeto que puede convertir algunas de nuestras interpretaciones en inefectivas.

En cambio, el reconocimiento libera la función del testimonio y el analista podrá llegar a realizar también esta función, la de reconocer.

Sabemos que la verdad es subversiva. Y también que aquello que no puede ser, no tiene que ser. Hay cosas que no deben existir, porque es una cuestión de derechos humanos.

Para terminar pensamos que estos grupos son importantes para sostener el acto de transmisión entre generaciones. La pretensión de esconderlo con la implantación por decreto de políticas de olvido, tiene efectos paradójicos y contradictorios y produce consecuencias opuestas a las que se quieren: generan resentimiento y división.

## Contacto

### Anna Miñarro

Carrer Mare de Deu de la Salut, 76. 5è. D. • 08024 Barcelona  
Tfno.: 93 456 15 10 / 629 06 70 14 • annaminy@copc.cat

### Joan Pijuan

Travessera de Dalt 18, entl. 3a • 08024 Barcelona  
Tfno.: 93 368 48 58 • jpijuan17@hotmail.com

## Bibliografia

- Bleichmar, H. (1997) *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Company, A. Oranich, M., Ballebó, A., (1978), *dona i societat a la Catalunya actual*, Barcelona: Ed. 62 (llibres a l'abast).
- Faimberg, H., (2006) *El telescopaje de generaciones. a la escucha de los lazos narcisistas entre generaciones*. Amorrortu editores.
- Frankel, J. (1998) *Ferenczi's trauma theory*.
- Freud, A. (1936) *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1914). Recuerdo, repetición y elaboración. *Obras Completas (4ª ed.)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1921) – Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras Completas (4ª ed.)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Miñarro, A., Morandi, T. (2007). *Repressió, silenci, memòria i Salut Mental*. Quaderns de Salut Mental, nr. 4. Barcelona: Fundació Congrés Català Salut Mental.
- Miñarro, A., Morandi, T. (2009) "Trauma psíquic i transmissió Intergeneracional" Quaderns de Salut Mental FCCSM. nº 5. Fundació Congrés Català de Salut Mental. Barcelona.
- Miñarro, A., (2013) *Trauma i transmissió*. Barcelona: Xoroi Edicions.
- Preston, P. (2011) *L'Holocaust espanyol. Odi i extermini durant la Guerra civil i després*. Ed. Base. Barcelona.
- Pijuan, J. (2009) *Clínica de la repressió en la catàstrofe social*. Revista Interconvis – papers de psicoanàlisi nº 23 nov. Barcelona. (2012) jornadas "Trauma psíquic d'origen social" al COMB Ponència "Els grups de paraula i de reflexió com a dispositiu de reparació i elaborador" maig de 2012. (inédito)
- (2013) *La reconstrucción en grupo: haciendo y deshaciendo lazos*. En Miñarro, A. i Morandi T. (compl.) Trauma y transmisión". Xoroi ed. Barcelona 2013.
- Polanuer, M. (2004) *Grupos y humanos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Puget, J., Kaës R. (comp) (2006) *Violencia de Estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed Lumen.
- Tavora, S. (1997) *Història de la dona*. Ed. El Temps (fascicle iii) Barcelona. "Dones i obrerisme català (1900-1930).
- Tisseron, S., y otros (1997). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Voldman, d. (1992) *La bouche de la vérité? La recherche historique et les sources orals*. Butlletí de l'HTP.

• Recibido: 02/05/2014

• Aceptado: 02/06/2014

# Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo.

## *Cognitive-behavioural therapy applied to obsesive compulsive disorder.*

**Wendy Dávila**

Doctora en Psicología por la Universidad del País Vasco (UPV-EHU).

Psicoterapeuta individual y grupal. AMSA (Avances Médicos S.A.) y Centro Granada. Bilbao.

**Resumen:** Esta revisión pretende exponer los principales elementos que definen la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y resaltar aquellos tratamientos adheridos a este abordaje que se aplican al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Es un terreno amplio por lo que se ha realizado una labor de síntesis destacando aquellos aspectos que se han considerado más relevantes para el enfoque adoptado en este trabajo.

En un primer momento se realiza una breve contextualización histórica, sobre la que se asienta la segunda parte del artículo, con una pretensión más práctica, donde se enumeran algunos factores que pueden ser de ayuda a la hora de seleccionar que forma de tratamiento, dentro de la TCC, puede ser más idóneo para tratar al paciente obsesivo-compulsivo atendiendo a la literatura científica actual.

**Palabras clave:** Terapia Cognitivo-Conductual, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Factores Predictivos, Respuesta Clínica.

**Summary:** This paper attempts to review the basic concepts that define Cognitive-Behavioural Therapy (CBT), underlining those techniques included under this approach that are used in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD). It is a broad territory, due to this, only aspects considered central to the topic of this article have been highlighted.

The first part focuses on the historical background on which the second, more practical, part of the article relies upon. In this second part, based on current research, some of the factors of possible relevance when selecting an appropriate CBT treatment for a specific obsessive compulsive patient are mentioned.

**Key words:** Cognitive Behavioral Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder, Predictive Factors.

### Contextualización

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), como bien indica su nombre, es un abordaje construido por las aportaciones de la Terapia Comportamental y la Terapia Cognitiva. La Terapia Compor-

tamental se difundió con rapidez en los años 60 con la introducción de la técnica de *Desensibilización Sistemática* de Joseph Wolpe. Su rápida expansión y aceptación se debió a que, frente al psicoanálisis imperante en esta época, dicha técnica se apoyaba en la denominada *psicología*

*científica*, y su eficacia tratando las fobias, las ansiedades y las obsesiones se sustentaba en evidencia empírica. Además, resultaba una herramienta más económica ya que venía definida por un número de sesiones limitada (1).

Al igual que desde un inicio se podían apreciar las fortalezas del enfoque comportamental, tampoco tardó mucho en evidenciarse su principal limitación. Se obviaban los procesos y esquemas mentales (las creencias, las interpretaciones, las visualizaciones... etc.), una parte tan obvia de la persona que llegaba a parecer absurdo que un abordaje psicológico no la tratase (2).

En este contexto se gesta la *revolución cognitiva* de los años 70 donde cobra especial atención el trabajo de Aaron T. Beck (3) sobre los modelos cognitivos en la depresión. Beck incorpora y respalda empíricamente algo que parece establecido por sentido común: las reacciones emocionales y las conductas ante un suceso están influenciadas por cogniciones. Esto es, nuestros pensamientos dan significado a nuestra realidad y nos predisponen hacia un sentimiento y/o acción determinada.

A partir de este momento y en los años sucesivos la terapia comportamental y la cognitiva crecen juntas y se influyen tanto mutuamente que la amalgama resultante da lugar a lo que hoy conocemos por Terapia Cognitivo-Conductual. Es importante no olvidar que la TCC no es una terapia monolítica sino un movimiento amplio en constante desarrollo y no exento de controversia.

### Principios Básicos de la TCC

Según Westbrook et al. (2) habría cinco elementos principales que constituirían el abordaje cognitivo-conductual. En primer lugar, el foco del tratamiento es el *aquí y ahora*. Se subrayan y exploran los procesos actuales del paciente que propician que se sostenga el problema actual. Al analizar esta problemática el *aspecto cognitivo* constituiría uno de los elementos centrales que influiría sobre las reacciones emocionales y sobre las conductas manifiestas. A su vez, dichos comportamientos constituirían un elemento crucial para mantener o cambiar nuestro estado psicológico, que existiría, dentro de un *continuum*. Es decir, la salud mental surgiría de versiones

exageradas o extremas de procesos normales por lo que los estados patológicos no estarían en una dimensión cualitativamente diferente a la normalidad. Además, se entiende que la salud, o la ausencia de ella, sería el resultado de la *interacción* entre varios sistemas intrapersonales (cognición-conducta-emoción -y estado fisiológico) y el entorno. Todo ello estaría sujeto al *principio empírico* que determina que toda teoría o tratamiento debe estar lo más rigurosamente respaldada por la evidencia y obedecer a reglas éticas, teniendo siempre en consideración el máximo beneficio del paciente mientras se avanza y progresa en el conocimiento.

### La Terapia Cognitivo Conductual aplicada al TOC

La TCC se utiliza como tratamiento en diferentes síndromes, ampliando cada vez más su área de aplicación (4). En lo que respecta al TOC y la TCC se deben tener en cuenta una suma de complejidades. Por un lado, sobre la TCC existe abundante literatura y poca investigación de calidad y la gran variedad de técnicas, dentro de este abordaje, así como las diferentes formas de combinarlas, complican el diseño experimental (5). Por otro lado, la gran variedad en la presentación clínica del trastorno obsesivo-compulsivo complica cualquier análisis y la comorbilidad, tanto con trastornos del eje I como del II, impiden al investigador obtener grupos homogéneos (6). Aún existiendo estas dificultades y reconociendo la bondad, si bien insuficiente, del tratamiento farmacológico, por un lado, y de la TCC por otro, la opinión general parece señalar que la combinación de ambas es la mejor opción de tratamiento cuando la sintomatología obsesivo-compulsiva es moderada/grave (7).

Los abordajes dentro del enfoque cognitivo-conductual comparten la visión de que los pensamientos intrusivos (en la forma de palabra, imagen o insulto) son en sí mismo normales. Desde esta base se concibe que el problema del enfermo obsesivo-compulsivo surge de la interpretación que hace de estos pensamientos. El obsesivo-compulsivo siente que estas cogniciones son indicador de una inquietud interna o de un sentimiento premonitorio, y que, por ello, es el máximo responsable de prevenirlo o erradicarlo (2).

Desde este prisma el tratamiento cognitivo-conductual entiende que el trastorno obsesivo-compulsivo consta de una parte comportamental, que se sustenta en rituales y conductas evitativas, y de una parte cognitiva, conformada por una serie de cogniciones características. Ambas, combinadas, integrarían la anatomía básica del TOC. El objetivo de tratamiento sería entonces que la persona aprenda, se conciente e interiorice que los pensamientos intrusivos no indican una necesidad de acción y pueden ignorarse. Así, la solución práctica implicaría experimentar y reestructurar la cognición. El componente experimental de la terapia se nutriría de técnicas de aprendizaje y comportamentales, destacando como herramienta principal a la exposición y prevención de respuesta, que se combinarían con técnicas cognitivas, (destacando entre otras muchas, la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis). Existe mucha literatura que describe de forma detallada las diferentes técnicas, se mencionan dos de los muchos trabajos que pueden resultar de interés para profundizar en el tema: el primero es un trabajo de un editor brasileño (8) y el segundo es un libro escrito por dos terapeutas cognitivo-conductuales ingleses de fácil difusión (9).

### **Factores Predictivos de Buena Respuesta de los TOC a un Tratamiento Cognitivo-Conductual**

A día de hoy el trastorno obsesivo-compulsivo es considerado una patología de carácter crónico con un curso, y sintomatología, fluctuante y variable. Como ya se ha mencionado, la TCC combinada con fármacos, es el tratamiento de elección para el TOC. (Y específicamente dentro de la TCC la técnica más estudiada y apoyada por evidencia empírica es la Exposición y Prevención de Respuesta). Sin embargo, aún probada su eficacia, sigue existiendo evidencia contradictoria acerca de la proporción de pacientes que no responden a tratamiento, la proporción de recaídas, y el número de casos en los que, aún habiendo eficacia, no se llega a niveles asintomáticos (10, 11, 12, 13). Por esta razón, en el presente artículo, se ha considerado relevante reservar un apartado donde delimitar, recogiendo la evidencia existente hasta la fecha, algunos de los factores predictivos del TOC que nos puedan servir de in-

dicadores de la buena o mala respuesta a la TCC. Esta delimitación permitiría elaborar tratamientos más ajustados a la sintomatología de cada caso.

Dichos factores predictivos de respuesta al tratamiento cognitivo-conductual se pueden agrupar de distinta manera. De forma arbitraria y para facilitar la exposición se ha optado por la agrupación siguiente: factores demográficos, factores derivados de la comorbilidad, factores clínicos, factores biológicos y factores farmacológicos. Sin embargo, se entiende que los factores mencionados son factores en relación y solapados, no independientes, sino interdependientes y que podrían contemplarse bajo otras formas de agrupación.

*Los factores demográficos* estudiados en la literatura científica son muchos y variados, y los hallazgos se caracterizan por la inconsistencia. Se mencionan, entre otros, la red de apoyo, el estado civil, el apego infantil, la edad de inicio y su duración como variables que quizás influyan sobre la respuesta de un obsesivo-compulsivo a la TCC. En general, parece sostenerse que la existencia de una red de apoyo (familia y amigos), el estar casado/a y activo/a laboralmente favorece a una buena respuesta al tratamiento (14 y 15). Existe más contradicción con el impacto que pueda tener la edad de inicio de la enfermedad, y la duración de esta. Algunos estudios sostienen que cuanto más temprano haya debutado la patología, y cuanto más tiempo se lleve enfermo, existe peor respuesta a tratamiento con TCC (16 y 17). Por el contrario, otros estudios sostienen que aún no se ha demostrado que estas variables tengan impacto alguno sobre el pronóstico (15). Una variable interesante a seguir estudiando es la relación que tienen las vivencias infantiles, y en concreto aspectos relativos al apego, en el curso del TOC y en la respuesta al tratamiento (18).

El TOC es comórbido con un amplio abanico de trastornos (12). Hay escasos estudios acerca de cómo afectan *los factores derivados de la comorbilidad* a la respuesta a un tratamiento clínico, en general, y al tratamiento cognitivo-conductual en particular. En líneas generales, se conoce poco de la relación existente entre el TOC, la esquizofrenia y la respuesta a un tratamiento

cognitivo-conductual (19 y 20). Los trastornos de personalidad y su impacto sobre la respuesta a tratamiento del obsesivo-compulsivo es un tema recurrente pero del que se extraen conclusiones poco sólidas. Predomina la idea de que un trastorno de personalidad es indicador de peor respuesta a tratamiento (14, 15 y 21). Sí está más respaldada por evidencia empírica que la asociación de un trastorno depresivo mayor con un trastorno obsesivo compulsivo es indicador de una mala respuesta al tratamiento. De hecho, se recomienda estabilizar la clínica depresiva con tratamiento farmacológico antes de comenzar con TCC.

Los *factores clínicos* relativos al TOC han pasado a ser variables muy investigadas en los últimos años, aunque surgen muchos problemas relacionadas con las polémicas derivadas del sistema de clasificación del DSM y sus actualizaciones, (el DSM 5). Al margen de esta polémica y atendiendo a los criterios diagnósticos del DSM-IV se van obteniendo algunas conclusiones en relación a los subsíntomas obsesivos y el pronóstico de tratamiento. De hecho, lo que se observa es que en el tratamiento actual con TCC se han realizado estudios que utilizan como técnica principal de tratamiento, asociada o no a otras herramientas, la Exposición y Prevención de Respuesta (22). Dicha técnica trata de forma eficaz los rituales de limpieza como el lavado de manos. Por el contrario, existen indicios de una peor respuesta a tratamiento de los obsesivos puros, los acumuladores, los que sufren de obsesiones sexuales y agresivas y los que padecen de lentitud obsesiva (13, 15, 23, 24, 25 y 26). (A estos subsíntomas resistentes a tratamiento se dirigen las terapias de tercera generación de la TCC que se mencionan más adelante).

Otras variables relacionadas con la clínica a tener en cuenta serían la alianza terapéutica, la gravedad de la enfermedad y el lapsus de tiempo que transcurre entre el debut de la enfermedad y el inicio del tratamiento. Cuanto más sólida es la alianza terapéutica mejor respuesta al tratamiento. Por el contrario, cuanto más grave se encuentra el paciente al comienzo del tratamiento peor respuesta a este y, de la misma forma, cuanto más tiempo haya transcurrido entre el debut de la enfermedad y el inicio de un tratamiento requerido, peor pronóstico (15, 21 y 27).

En cuanto a los *factores biológicos* existen muchas variables que se podrían mencionar. Concretamente las genéticas, asociadas al TOC, están adquiriendo mucho protagonismo en la actualidad, pero en ningún caso se ha llegado a constituir una teoría unificada. De hecho, aunque existe una base biológica heterogénea del trastorno no existe una teoría etiopatogénica con base biológica (28 y 29).

Se han realizado estudios que asocian el TOC con determinados polimorfismos genéticos. Pero, a su vez, existe una yuxtaposición de estas asociaciones con las halladas en todo el espectro de patologías afectivas y de ansiedad. En general, los estudios se han llevado a cabo sobre genes asociados con los neurotransmisores como, por ejemplo, el gen transportador de glutamato SL-C1A1 (30). Aunque ya se han publicado datos sobre el valor predictivo de determinados genes en la eficacia de la TCC y en la subclasificación de los TOC la no disponibilidad de análisis rutinarios y asequibles, de los numerosos genes que se han asociado a este trastorno, hace que no tengan todavía relevancia desde un punto de vista práctico.

Por último, están los *factores farmacológicos*. Como ya se ha comentado anteriormente, en la actualidad, la TCC combinada con fármacos es el tratamiento de elección para un TOC moderado/grave. Es interesante apuntar que determinados estudios señalan que la combinación secuencial, es decir, primero la medicación y luego la TCC, dan mejor resultado de tratamiento que una combinación simultánea de fármacos y terapia cognitivo-conductual (31). Otro elemento a tener en cuenta es el caso de una Esquizofrenia comórbida con un TOC. Según estudios recientes el tratamiento con clozapina, un antipsicótico de segunda generación, puede provocar un efecto secundario obsesivo-compulsivo. Antes de iniciar tratamiento cognitivo-conductual habría que descartar que el síntoma a atajar venga dado por el tratamiento farmacológico (32).

## Conclusiones

A pesar de los avances que se han dado en el trastorno obsesivo-compulsivo quedan multitud de cuestiones por resolver. La terapia cognitivo-conductual, en combinación con la terapia far-

macológica, ofrece un tratamiento de eficacia importante, aunque limitada, habiendo un número de pacientes relevante que no se trata, abandonando el tratamiento, no mejora o recae.

Es esencial la detección temprana de este síndrome para evitar su cronificación. Así mismo se han de mejorar las técnicas de tratamiento. A este respecto, en el momento actual, dentro de la TCC están cobrando protagonismo las terapias de *Tercera Generación* o *Tercera Ola*. Se fundamentan en una aproximación empírica y en los principios del aprendizaje. Son particularmente sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, subrayando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto, además de otras más directas y didácticas. Estas nuevas terapias cognitivo-conductuales se comienzan a estudiar y a aplicar al Trastorno Obsesivo-Compulsivo dándose indicios de una optimización en la respuesta a tratamiento (33).

#### Contacto

#### Wendy Dávila

Isuskiza nº 218 • Plentzia 48620 - Bizkaia  
wendydavilawood@hotmail.com

#### Bibliografía

- (1) Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy 1968, Oct.-Dec.; 3, (4): 234-240.
- (2) Westbrook, D., Kennerley, H. y Kira, J. CAPITULO 1: Basic Theory, Development and Current Status of CBT. An Introduction to Cognitive Therapy. Skills and Applications. 2ª ed. London: Sage; 2011 pp.1-23.
- (3) Beck., A.T., Rush, A.J, Shaw, B. F. y Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press; 1979.
- (4) Roth A. y Fonagy P. What works for whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford Press; 2006.
- (5) Butler, A.C, Chapman, J.E., Forman, M.E. y Beck, A.T. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 17-31.
- (6) Rassmussen, S.A., Eisen, J.L. CAPITULO 2: Epidemiología y Rasgos Clínicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo En: Jenike, M-A., Baer, L. y Minichiello, W.E., editores. Trastornos Obsesivo-Compulsivos. Manejo Práctico. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2001, pp.12-38.
- (7) National Institute for Health and Care Excellence. Obsessive-compulsive disorder. Evidence update September 2013. A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline 31 'Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder' (2005). National Insti-

- tute for Health and Care Excellence, 2013; pp. 2-24.
- (8) Aristides V. Cordioli and Analise Vivan (2012). Cognitive-Behavioral Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder, Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy, Reis De Oliveira; I., editor. InTech, 2012  
 Accessible en:  
 URL: <http://www.intechopen.com/books/standard-and-innovativestrategies-in-cognitive-behaviortherapy/cognitive-behavioral-therapy-of-obsessive-compulsive-disorder>
- (9) Branch, R. and Wilson, R. Cognitive Behavioural Therapy for Dummies, 2<sup>o</sup> ed. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd; 2010.
- (10) Marcks, B.A., Weisberg, R.B., Dyck I y Keller, M. Longitudinal course of obsessive-compulsive disorder in patients with anxiety disorders: a 15-year prospective follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*. 2011 Nov-Dec; 52(6):670-7.
- (11) Lack CW. Obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatments and future directions for research. *World Journal of Psychiatry*. 2012. Dec 22; 2(6):86-90.
- (12) Diefenbach, G.J, Abramowitz, J.S, Norberg, M.M., y Tolin D.F. Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Research Therapy*. 2007 Dec; 45(12):3060-8.
- (13) Matsunaga H. Clinical features treatments and outcome of obsessive-compulsive disorder (OCD) focusing on the assessment and characteristics of patients with treatment-refractory OCD. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2013; 115(9):967-74.
- (14) Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J., y Gefken, G.R. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. 2008; Jan; 28(1):118-30.
- (15) Boschen, M. J., Drummond, L. M., Pillay, A., y Morton, K. Predicting outcome of treatment for severe, treatment resistant OCD in inpatient and community settings. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 2010; 41(2), 90-95.
- (16) Dell'Osso B, Benatti B, Buoli M, Altamura AC, Marazziti D, Hollander E, et al. The influence of age at onset and duration of illness on long-term outcome in patients with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs). *European Neuropsychopharmacology* 2013; Aug;23(8):865-71.
- (17) Eisen, J.L., Pinto, A., Mancebo, M.C., Dyck, I.R., Orlando, M.E., y Rasmussen S.A. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010; Aug; 71(8):1033-9.
- (18) Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M. y Sar-El, D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychological Psychotherapy*. 2012; Jun; 85(2):163-78.
- (19) Frommhold K. [Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. A critical review]. [Article in German]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2006; Jan; 74(1):32-48.
- (20) Hagen K, Solem S, Hansen B. Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder with Comorbid Schizophrenia: A Case Report with Repetitive Measurements. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. 2013; Jul 30, 1-5.
- (21) Eisen, J.L., Sibrava, N.J, Boisseau, C.L, Mancebo, M.C., Stout, R.L., Pinto, A., Rasmussen, S.A. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013; Mar; 74(3):233-9.
- (22) Foa, E.B. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010; 12(2):199-207.
- (23) Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., y Hand, I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behaviour therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006 May; 113(5):440-6.

- (24) Starcevic, V. y Brakoulias, V. Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: are they relevant for treatment? *Aust N Z J Psychiatry*. 2008 Aug; 42(8):651-61.
- (25) Santana, L., Fontenelle, J.M., Yücel, M., Fontenelle, L.F. Rates and correlates of nonadherence to treatment in obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Pract*. 2013; Jan; 19(1):42-53.
- (26) Prasko, J., Raszka, M., Adamcova, K., Grambal, A., Koprivova, J., y Kudrnovská, H. Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett*. 2009; 30(5):615-23.
- (27) Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs*. 2013; May, 27(5):367-83.
- (28) Murphy, D.L., Moya, P.R., Fox, M.A., Rubenstein L.M., Wendland, J.R., y Timpano, K.R. Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: obsessive-compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philos Trans Royal Society of London B Biol Sci*. 2013; Feb 25; 368(1615):20120435.
- (29) Wu, K., Hann, a G.L., Easter, P., Kennedy, J.L., Rosenberg, D.R. y Arnold, P.D. Glutamate system genes and brain volume alterations in pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychiatry Research*. 2013; Mar 30; 211(3):214-20.
- (30) Rotge, J.Y., Aouizerate, B., Tignol, J., Bioulac, B., Burbaud, P, y Guehl, D. The glutamate-based genetic immune hypothesis in obsessive-compulsive disorder. An integrative approach from genes to symptoms. *Neuroscience*. 2010; Jan 20; 165(2):408-17.
- (31) Albert, U., Barbaro, F., Aguglia, A., Maina, G. y Bogetto, F. [Combined treatments in obsessive-compulsive disorder: current knowledge and future prospects]. *Riv Psichiatr*. 2012; 47(4):255-68.
- (32) Schirmbeck F. y Zink, M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol*. 2013; Aug 9; 4:99.
- (33) Hayes, S.C., Villatte M, Levin, M. y Hildebrandt, M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioural and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011; 7:141-68.
- (34) Lind, C., Boschen, M.J. y Morrissey, S. Technological advances in psychotherapy: implications for the assessment and treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; Jan; 27(1):47-55.

- Recibido: 10/01/2014
- Aceptado: 26/04/2014



# FORMACIÓN CONTINUADA



# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XVIII).

## Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica. 3ª parte.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.

### Presentación

*Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada* es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente.

Los avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas. El futuro es prometedor para los clínicos y promisorio para los pacientes porque nuevos y potentes psicofármacos se irán incorporando al arsenal químico que clínicos de todo el mundo utilizarán en su práctica médica habitual.

Los próximos números de *NORTE de salud mental* versarán sobre el heterogéneo grupo de los antiepilépticos, azapironas y barbitúricos, grupo diverso de fármacos con indicaciones claras en neurología y menos precisas en psiquiatría, fármacos potentes y que en algún caso precisan de control estrecho por parte del prescriptor.

Esperamos que nuestros lectores estén disfrutando al trabajar los ítems publicados, poniendo

en práctica sus habilidades cognitivas y académicas, y nos conformaríamos si el material elaborado sirve para lo que fue propuesto: mantener la puesta al día en aspectos relevantes en psiquiatría y áreas afines así como ser un valioso material de autoevaluación para psiquiatras, MIRes y PIRes.

### Antiepilépticos I

#### Preguntas

**Pregunta 147.** De las siguientes afirmaciones sobre el uso de los antiepilépticos en el tratamiento del Trastorno Bipolar, una de ellas es FALSA. Señálela:

- El litio ha demostrado más eficacia en la prevención de las recaídas maniacas que en las depresivas.
- El ácido valproico es más eficaz en el tratamiento y la prevención de los episodios depresivos que en los maniacos.
- La lamotrigina es más eficaz contra las recaídas depresivas que contras las hipomaniacas.
- La carbamazepina previene mejor las fases hipertímicas sin presentar apenas efecto contra las depresivas.
- La gabapentina es útil en la ansiedad asociada a la depresión bipolar.



**Pregunta 148.** Una de las siguientes indicaciones de Carbamazepina NO está aprobada por la FDA. Señálela:

- a. Crisis epilépticas parciales con sintomatología compleja o simple.
- b. Manía aguda.
- c. Tratamiento de episodios depresivos mayores.
- d. Neuralgia esencial del trigémino.
- e. Crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas (gran mal).

**Pregunta 149.** Señale, de entre las siguientes afirmaciones sobre las interacciones de carbamazepina con otros fármacos, aquella que considere FALSA:

- a. Tomada conjuntamente puede disminuir los niveles plasmáticos de fenitoina y primidona.
- b. Tomada conjuntamente puede disminuir los niveles plasmáticos de clozapina y de benzodicepinas.
- c. Tomada conjuntamente puede disminuir los niveles plasmáticos de de los anticonceptivos hormonales.
- d. Tomada conjuntamente con otros antiepilépticos puede afectar la función tiroidea.
- e. Tomada conjuntamente con litio puede incrementar el riesgo de efectos neurotóxicos.

**Pregunta 150.** En el tratamiento de mantenimiento de los trastornos bipolares la carbamazepina suele utilizarse en los siguientes casos excepto en uno. Señálelo:

- a. En politerapia en los casos de resistencia o intolerancia a litio.
- b. En cicladores rápidos.
- c. En los trastornos bipolares con predominio de episodios mixtos.
- d. En formas atípicas de enfermedad bipolar.
- e. En bipolares tipo I.

**Pregunta 151.** Una de las siguientes afirmaciones sobre las indicaciones clínicas de Gabapentina NO es cierta. Señálela:

- a. Sus efectos estabilizadores del ánimo son comparables a litio o al ácido valproico.

b. Puede ser una opción bien tolerada por pacientes con ansiedad social.

c. Es útil en pacientes con respuesta parcial a antidepresivos en el tratamiento de la fobia social.

d. Se utiliza en el tratamiento de los trastornos del movimiento inducidos por neurolepticos.

e. Podría aliviar los síntomas de abstinencia de la cocaína y el alcohol.

**Pregunta 152.** De las siguientes afirmaciones sobre antiepilépticos señale aquella que considere verdadera:

a. Tiagabina: destaca su buen perfil de efectos secundarios, las escasas interacciones con otras sustancias y que no provoca deterioro cognitivo relevante.

b. Pregabalina: resulta eficaz en control de los síntomas de ansiedad y en insomnio asociado.

c. Zonisamida: un posible efecto secundario es la reducción de peso, al igual que con topiramato.

d. Gabapentina: sus ventajas residen en su tolerancia y fácil dosificación y en que no es necesaria la monitorización de niveles plasmáticos.

e. Todas las anteriores.

**Pregunta 153.** Aunque está en discusión, se consideran factores predictivos de buena respuesta a Carbamazepina todos los siguientes excepto uno:

a. Pacientes con trastorno esquizoafectivo.

b. Pacientes con respuesta al favorable a litio.

c. Cicladores rápidos.

d. Pacientes con manía mixta y manía secundaria.

e. Ausencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar.

## Respuestas

**Pregunta 147. Respuesta correcta: B**

Comentario: El ácido valproico es más eficaz en el tratamiento y la prevención de los episodios maniacos que en los depresivos.

El **litio** es el mejor estabilizador en el trastorno bipolar, y ha demostrado más eficacia en prevenir las recaídas hipertímicas que las depresivas al mejorar a los pacientes cuanto más típico es el cuadro bipolar: cuando predomina la euforia en lugar de la disforia o los síntomas mixtos; cuando hay intervalos interfases libres totalmente asintomáticos; cuando existe historia familiar de trastorno bipolar o cuando el trastorno bipolar sigue la secuencia manía-depresión-intervalo libre.

El **ácido valproico** es el normotímico más usado en Estados Unidos quizás por hacer más hincapié en la tolerancia que en la eficacia. Es también más eficaz en el tratamiento y en la prevención de los episodios hipertímicos que de los depresivos y está indicado sobre todo en pacientes con episodios mixtos y en cicladores rápidos.

La **lamotrigina** es el último de los antiepilépticos en haberse incorporado al tratamiento del trastorno bipolar y cuenta con la peculiaridad de ser más eficaz contra las recaídas depresivas que contra las hipomaníacas. Tiene además la ventaja de no requerir niveles plasmáticos.

La **carbamazepina**, como el valproato y el litio, previene mejor las fases hipertímicas sin presentar apenas efecto contra las depresivas. Requiere también realizar niveles plasmáticos y es un potente inductor enzimático, lo que requiere precaución con las asociaciones.

Los estudios de que se dispone en el momento actual con **oxcarbamazepina** son menores en número que con carbamazepina, pero parece que afirman el efecto antimaniaco a corto plazo en pacientes maniacos leves o moderados, pero no en los gravemente enfermos. Los datos de que se dispone sobre el tratamiento de la depresión bipolar y la eficacia profiláctica son escasos.

Existe un estudio que afirma que la **gabapentina** por su acción ansiolítica podría ser útil en el tratamiento de pacientes bipolares con ansiedad concomitante o ansiedad asociada con depresión bipolar.

En el caso de **topiramato**, algunos autores como E. Vieta han apuntado un posible uso de esta molécula para contrastar la ganancia de peso asociada con los antipsicóticos atípicos y /o normotímicos.

**Referencia bibliográfica:** Chinchilla A; González Lucas R, Gobernando Ferrado I en Tratamiento de los trastornos bipolares en tratamientos Psiquiátricos. Pág. 125-129. Editorial Ediveramerica Psiquiatría en el siglo XXI. Madrid 2013.

**Pregunta 148. Respuesta correcta: C**

Comentario: La carbamazepina es un antiépiléptico, antineurálgico para el dolor crónico y antagonista de los canales de sodio sensibles a voltaje.

Las indicaciones aprobadas por la FDA son las siguientes:

- Crisis epilépticas con sintomatología parcial.
- Crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas (gran mal).
- Patrones de crisis epilépticas mixtos.
- Dolor asociado a neuralgia del trigémino.
- Manía aguda/ manía mixta.

Otras indicaciones de carbamazepina no aprobadas serían: neuralgia glossofaríngea, depresión bipolar, tratamiento del trastorno bipolar, para el tratamiento del descontrol de impulsos en pacientes con epilepsia o sin ella, en el trastorno explosivo intermitente, trastornos límite de personalidad y trastornos orgánicos. Así mismo se ha utilizado en la desintoxicación alcohólica con efectividad similar a las benzodiazepinas. En pacientes con esquizofrenia se ha utilizado como potenciador del tratamiento antipsicótico en pacientes con síntomas psicóticos productivos y en pacientes agresivos.

Otras indicaciones de los antiepilépticos en psiquiatría no nombradas hasta ahora serían: bulimia, trastorno por atracón, obesidad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad social y trastorno de conducta en niños y adolescentes.

**Bibliografía:** Carmamazepina Stephen M. Stahl. Guía del prescriptor. Psicofarmacología esencial de Stahl. Tercera edición. Edición Aula Médica pág. 67-72. Madrid 2009.

Medina Ojeda G, Franch Valverde J, Benavides Espilla M. En Tratado de Psicofarmacología. Bases



y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 327-333. Madrid 2009.

#### Pregunta 149. Respuesta correcta: A

Comentario: Las interacciones farmacológicas de carbamacepina son importantes y tienen relevancia. Se trata de un fármaco con un margen terapéutico estrecho que, a su vez, es un potente inductor del metabolismo de numerosos fármacos, dado que incrementa la actividad de las isoenzimas CYP2D6, CYP1A2, CYP3A4 y CYP2C9/10 del citocromo P450. Debe evitarse la administración con clozapina por la potenciación de sus efectos hematológicos y no administrar con inhibidores de la monoaminooxidasa. El uso de carbamacepina con diuréticos incrementa el riesgo de hiponatremia.

Los fármacos que aumentan los niveles de carbamacepina al tomarlos conjuntamente con ella son: acetazolamida, claritromicina, dextropropoxifeno, diltiacem, eritromicina y fluvoxamina.

Los fármacos que disminuyen los niveles de carbamacepina al tomarlos conjuntamente son: isotretinoína, felbamato, fenobarbital, fenitoina, primidona, rifampicina, isoniacina, valproato, verapamilo y viloxacina.

Carbamacepina aumenta los niveles de fenitoina y primidona al tomarlos conjuntamente.

Carbamacepina disminuye los niveles de alprazolam, anticonceptivos orales, antidepresivos tricíclicos, clozapina, clonacepam, dexametasona, dicumarol, felbamato, haloperidol, lamotrigina, metadona, pancuronio, teofilina y warfarina.

**Bibliografía:** Carbamacepina Stephen M. Stahl. Guía del prescriptor. Psicofarmacología esencial de Stahl. Tercera edición. Edición Aula Médica. Pág. 67-72. Madrid 2009.

Medina Ojeda G, Franch Valverde J, Benavides Espilla M. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 327-333. Madrid 2009.

#### Pregunta 150. Respuesta correcta: E

Comentario: El *Tratamiento de mantenimiento* incluye también la llamada fase de continuación que, tras el episodio agudo, se extiende hasta

los 6 meses siguientes para evitar la posible recidiva.

Los objetivos principales del tratamiento de mantenimiento han de ser:

- Prevenir las recidivas.
- Reducir los síntomas subsindrómicos interepisódicos.
- La disminución del riesgo de suicidio.
- Reducir la frecuencia y el número de los episodios afectivos agudos.
- La mejora en la función global.

La carbamazepina suele utilizarse en politerapia en los casos de resistencia o intolerancia al litio y podría resultar eficaz en los llamados pacientes bipolares “no clásicos”, es decir en los cicladores rápidos, en aquellos con predominio de episodios mixtos, en formas atípicas de la enfermedad, en bipolares de tipo II y en aquellos que presentan síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

El litio continúa siendo el tratamiento de mantenimiento de referencia en el Trastorno bipolar y los factores predictivos de buena respuesta al litio son:

- Predominio de la euforia sobre la disforia en la manía.
- Patrón longitudinal del tipo MDI (manía-depresión-intervalo libre).
- Pocos episodios previos.
- Evolución episódica.
- Síntomas congruentes con el estado de ánimo.
- Ausencia de ciclación rápida.
- Antecedentes familiares de trastorno bipolar.
- Ausencia de abuso de sustancias.
- Ausencia de enfermedades concomitantes.

**Referencia bibliográfica:** Chinchilla A; González Lucas R, Gobernando Ferrado I en Tratamiento de los trastornos bipolares en tratamientos Psiquiátricos. Pág. 125-129. Editorial Ediveramerica Psiquiatría en el siglo XXI. Madrid 2013.

**Pregunta 151. Respuesta correcta: A**

Comentario: Como muchos antiepilépticos, la única indicación aprobada por la FDA para la gabapentina es el tratamiento adyuvante de paciente con crisis parciales complejas. También para uso en trastorno por dolor.

Poco después de su lanzamiento se hicieron estudios en patología psiquiátrica. Lo que se puede deducir de los estudios de gabapentina hasta la fecha es que sus efectos estabilizadores del ánimo son de modestos a insignificantes. Gabapentina puede ayudar de alguna manera con las fases depresivas y maníacas del trastorno bipolar y suele tolerarse bien. Su uso en monoterapia en manía o ciclación rápida no parece justificado.

La utilidad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad es mayor que en el trastorno bipolar. Estudios de casos y ensayos apoyan un posible papel en los trastornos de ansiedad, particularmente en la fobia social y en el trastorno por angustia. Parece ser una opción bien tolerada por pacientes con trastorno de ansiedad social. También es útil como adyuvante en paciente con una respuesta parcial a antidepresivos en el tratamiento de la fobia social.

Otro uso es el tratamiento de los trastorno del movimiento inducidos por neurolepticos. Los blefaroespasmos y las discinesias mandibulares parecen mejorar con la adicción de gabapentina.

Finalmente una pequeña serie de casos sugiere que podría aliviar los síntomas de abstinencia de cocaína y alcohol.

Otros usos son el dolor neuropático o asociado a la neuralgia del trigémino, la neuropatía diabética, la neuralgia postherpética y en la profilaxis de la migraña.

**Bibliografía:** Schtzberg A, Cole J, DeBattista C: Manual de Psicofarmacología Clínica. Antiepilepticos pág. 280-316. Editorial Luzan Madrid 2008.

**Pregunta 152. Respuesta correcta: E**

Comentario: La **Tiagabina** tiene una acción inhibitoria de la recaptación del GABA y esta comercializada para el tratamiento de algunas formas de epilepsia Un estudio indica que la potencia

eutimizante de la tiagabina es escasa o nula, siendo improbable que se emplee en el trastorno bipolar. Los efectos secundarios más frecuentes son mareo, anergia y somnolencia. Destaca entre sus posibles ventajas potenciales en psiquiatría, además de su buen perfil de efectos secundarios, las escasas interacciones con otras sustancias y que no provoca deterioro cognitivo relevante, como ocurre con otros antiepilepticos.

La **pregabalina** es un análogo del GABA pero no potencia las respuestas mediadas por este. Sus indicaciones iniciales se centraban en el dolor neuroleptico periférico en adultos y el tratamiento combinado de las crisis epilépticas. Recientemente se ha introducido para el tratamiento de la ansiedad generalizada y para la deshabitación de las benzodiazepinas. Las propiedades ansiolíticas y la ausencia de síndrome de abstinencia tras su retirada convierte al fármaco en gran utilidad en el control de trastornos de ansiedad, como el trastorno por angustia y la fobia social. Los estudios en ansiedad generalizada establecen un inicio de acción relativamente rápido, junto a elevados niveles de eficacia y en el insomnio asociado.

**Zonisamida** está indicada como terapia concomitante en el tratamiento de pacientes adultos con crisis parciales. Al igual que topiramato, un posible efecto secundario que puede ser la reducción de peso, lo que constituye una cualidad que se debe valorar en el tratamiento a largo plazo de los pacientes bipolares cuyos tratamientos habituales conllevan importantes incrementos de peso. Otro posible uso en relación a este efecto secundario podría ser el abordaje de trastornos de alimentación, como la bulimia y el trastorno por atracón, que puede constituir líneas de investigación futuras.

**Gabapentina** es un fármaco antiepileptico aprobado como terapia coadyuvante en la epilepsia. Sus ventajas residen en su tolerancia y fácil dosificación, y en que no es necesaria la monitorización de los niveles plasmáticos. Se utiliza actualmente en el dolor neuropático y como coadyuvante en algunos trastornos en el área de la ansiedad, como en la fobia social. Otros usos se relacionan también con el control de impulsos y en el tratamiento de adicciones, especialmente de la ansiedad por consumo de cocaína.



**Bibliografía:** Medina Ojeda G, Franch Valverde J, Benavides Espilla M. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 327-333. Madrid 2009.

**Pregunta 153. Respuesta correcta: B**

Comentario: En psiquiatría, la carbamazepina empezó a emplearse en 1969 en pacientes diagnosticados de trastornos bipolares que además presentaban anomalías electroencefalográficas. Poco tiempo después fue contrastada su eficacia en el tratamiento del trastorno afectivo bipolar.

En los episodios maníacos ha demostrado una eficacia similar al litio y a los antipsicóticos, aproximadamente un 50% de respuesta.

En el tratamiento de la depresión bipolar el índice de respuesta a carbamazepina es del 30%, inferior al que posee el litio o el valproato, por lo que si se utiliza será como tratamiento coadyuvante, iniciándolo a dosis menores y con una escalada más lenta.

En el tratamiento profiláctico del trastorno bipolar la carbamazepina ha demostrado ser eficaz sola o en combinación, disminuyendo los episodios depresivos y sobre todo los maníacos en el 50-70% de los pacientes.

Cuando se instaura un tratamiento profilático es necesario hacerlo a dosis bajas y aumentarlas lentamente, ya que la tolerancia y la ausencia de efectos secundarios es fundamental para asegurar la continuidad del tratamiento a largo plazo.

Aunque en discusión, se consideran factores predictivos de respuesta a carbamazepina: el trastorno esquipectivo, la mala respuesta al litio, los cicladores rápidos, la manía mixta y la manía secundaria y la ausencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar.

**Bibliografía:** Medina Ojeda G, Franch Valverde J, Benavides Espilla M. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 327-333. Madrid 2009.

# Caso clínico: Una nueva filiación.

## *A new filiation.*

Cristina Califano

Psicoanalista, Bilbao.

**Resumen:** Mostramos en este caso de psicosis, cómo tomando los recursos que traía consigo y haciendo uso de la interpretación, el sujeto consigue una nueva solución ante los momentos problemáticos de su vida.

**Palabras clave:** Psicosis, recursos, interpretación, nueva solución, problemático.

**Abstract:** We show in this psychosis case, how using his own resources and by means of interpretation, the subject finds a new solution for the problematic moments of his life.

**Key words:** psychosis, resources, interpretation, new solution, problematic.

Se presenta un caso recibido en una institución en Bilbao, caso entiendo nos muestra, que el Psicoanálisis no se encarga de la inserción social. Pero dado que el Psicoanálisis *como práctica es de orden social, es un lazo al Otro(1)*; podemos decir, entonces, en ese sentido que el Psicoanálisis se encarga precisamente de situar los puntos de empalme que permitan al sujeto una cierta reconexión, un lazo al Otro.

Recibo a un hombre rondando la treintena que, durante 16 entrevistas, quiere conseguir *“pautas para salir de su estado de tristeza”*.

Estado de tristeza que él mismo señala como momentos en que está arriba y momentos en que está abajo, sustentados por una certeza que le acompaña desde la infancia: *“prepararse para lo peor”*, y con ésta formulación organiza su vida quedando siempre entrampado en los cursos de iniciación: al yoga, al teatro, a la cerámica, etc.

Está arriba, cuando comienza el trabajo de iniciación, está abajo cuando lo termina y no encuentra cómo continuarlo. Lo soluciona con otro curso de iniciación, así un curso tras otro. Metonimia incesante, que el sujeto traduce como *“dificultad*

*para decidir”*. Esta manera particular de presentación, nos permiten entrever en ese momento inicial que el simbólico está problematizado.

Bajo un semblante amable, con buena dicción y preparación, buen vocabulario, sin trastornos del lenguaje, podemos aislar en las primeras entrevistas, una vez que fueron ordenados los datos de su vida, tres momentos de fijación de goce que nos permiten situar que estamos ante una psicosis ordinaria; donde se puede ver cómo el sujeto ha podido encontrar una solución, que ya traía consigo y cuya puesta en orden se pudo realizar a lo largo de sus entrevistas. He dividido el texto en tres momentos, que han servido para poner un cierto orden en estas escenas:

*Primer momento: ¿En la infancia?:  
Terrores nocturnos*

Se reconoce como un niño solitario y con dificultades de relación con los otros niños, niño calladito, jugaba solo. Lo único destacable es aquello que menciona como *“terrores nocturnos”*, que consistían en un miedo terrible a que le corten las manos si las tenía fuera de la cama.

Estos “*terrores nocturnos*”, tal como él mismo los llama, dan cuenta que falta el marco simbólico que le permita dialectizar esta escena de la infancia. Aquello amenazante y enigmático que podía suceder iba acompañado de sensaciones en el cuerpo, como de electricidad e inquietud, vigilante con los ojos abiertos estaba a la espera de lo que podía pasar, experiencia de goce en el cuerpo. El sujeto para esto no tiene explicación, era así. En la actualidad, vigila algunas veces por la noche que todo esté en calma.

### *Segundo momento: el padre en la UVI y la nueva filiación*

Es el hijo del medio, y a esa posición atribuye el estar aislado, del padre sólo ha recibido gritos e injurias, dado que no cumplía con sus expectativas “*no llegarás*”, es la frase que rescata del padre. Padre, siempre enfermo, sometido a sucesivos ingresos en el hospital. La madre, siempre fiel enfermera de su padre. Aproximadamente, a sus dieciocho años someten al padre a un trasplante, yéndole a ver, se encuentra con su padre conectado a los instrumentos y cables, esto le hace tomar una decisión inédita: dado que le gusta mucho el monte, decide vivir allí. Se separa de esa forma de su familia y estando en el monte piensa que él es “*hijo de la naturaleza*”.

Ante el horror que produce en el sujeto el encuentro con esta versión del padre que según sus propios dichos “*estaba en pedazos*”, consigue con este “*hijo de la naturaleza*”, *mantener algo unido allí donde yerra el trazado del nudo*(2). Este episodio marcó para el sujeto un antes y un después. Es a partir de este momento, que su vida se organiza en el monte desde dónde puede ver su pueblo. Solución particular.

### *Tercer momento: el uso que el sujeto hace de la solución encontrada*

Cinco años antes de acercarse a la institución, decidió estudiar fuera de Bilbao, se separa miles de kilómetros. En ese curso se encuentra con un profesor al que le supone que intenta manipularlo con frases al estilo de “*mejor dedícate a otra cosa*”, la angustia se le hace insostenible. Separado del monte y encontrándose con este profesor quien al estilo de su padre denigra y alejado del recurso de su solución, se desanuda.

Comienza a deambular por la calle, gritando, le llevan a un hospital psiquiátrico, de donde se escapa y vuelve al monte. Ahí se apacigua, con lo cual podemos afirmar, que efectivamente “*ser el hijo de la naturaleza*”, oficia de cuarto término *en la medida en que el completa el nudo de lo imaginario, lo simbólico y lo real* (2).

Como podemos ver, el sujeto venía a la institución, con esta solución obtenida antes de nuestro primer encuentro, fue necesario en las sesiones, hacer un buen uso de esta solución para posibilitar una operación sobre aquello que era su demanda inicial “*pautas para salir de este estado de tristeza*”, que se fue modulando hasta cernir como sintomático “*una dificultad para decidir*”.

El alivio terapéutico, obtenido vendrá orientado por la interpretación que hace uso de los ejes del aire libre y el curso de iniciación y que iba en la vía de retomar las coordenadas que permitieran hacer un lazo con el Otro social.

El sujeto relata, que le acaban de invitar a iniciar un curso de mosaicos en la plaza de su pueblo, avalado por el ayuntamiento. Preocupado por lo que él menciona su “*dificultad para decidir*”, no sabe que hará una vez terminado el curso de iniciación, mi intervención no se hace esperar: “*dado que tanto le gusta a Ud. la vida al aire libre, porqué no pasar al segundo curso*”.

Es decir, poner un  $S_2$ , dónde sólo había  $S_1$ . Así, con la herramienta de su nueva filiación “*ser hijo de la naturaleza*”, que él traía, consigue insertarse laboralmente al aire libre: criando ovejas de raza vasca por medio de un contrato con el organismo competente, ovejas que ya tenía desde antes y haciendo un contrato por dos cursos de mosaicos en la plaza de su pueblo para el ayuntamiento, curso de iniciación y curso de perfeccionamiento.

Entonces, podemos decir que “*la pauta*”, significante de la demanda inicial del sujeto, para salir de su estado de tristeza ha sido la interpretación. Los efectos de esta interpretación orientada a que haga un buen uso de aquella solución que traía de antemano.

Así llegamos al final, en el momento de despedirnos, el sujeto sostiene que el *pasar al segundo*

*curso*, ha sido para él toda una novedad que le permitirá tener relación con *las instituciones y en eso Ud. me ha ayudado, si me pasa algo ¿puedo volver?* Ocupar el lugar de “*la que ha ayudado*”, es el que me ha permitido operar en la transfe-

rencia. De esta forma dimos por concluido el ciclo de su tratamiento, habrá que ver cuánto se sostiene con esto. Pero por lo menos en la institución ha vislumbrado un camino.

### Contacto

#### Cristina Califano

Mitxel Labegerie, 2, 3º apts. 4 y 5 • 48005 Bilbao  
Tel. 944 790 906 • ccalifano@euskalnet.net

### Bibliografía

1. Miller, J.A. “El Otro que no existe y sus comités de ética”. Edit. Paidós, Bs. As., 2005.
2. Lacan, J.: El Seminario Libro 23 “El Sinthome”. Edit. Paidós, Bs. As., 2006.

- Recibido: 06/03/2014.
- Aceptado: 03/06/2014.

# Terapia de activación conductual para síntomas negativos de la esquizofrenia: a propósito de un caso.

## *Behavioral Activation Therapy for negative symptoms in schizophrenia: A clinical case.*

L. Celia Fernández Martín

Psicólogo Clínico. Hospital de día. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Clara Fombellida Velasco

Psiquiatra. Hospital de día. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Cristina Montero Fernández

PIR IV. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Resumen:** En el presente artículo de caso único se explica la intervención realizada con un paciente diagnosticado de esquizofrenia con importantes síntomas negativos, utilizando la Terapia de Activación Conductual con componentes de Aceptación y Compromiso. El objetivo es analizar los cambios que se han producido tras la intervención evaluándolos a través de PANSS, y la finalidad última, reflexionar sobre la combinación de diferentes herramientas que se potencian mutuamente mejorando la calidad de vida del paciente. Como resultados se obtienen la reducción del enlentecimiento psicomotor, del ensimismamiento y de las preocupaciones somáticas, la recuperación del proceso de volición y la mejora de las funciones cognitivas como consecuencia de lo anterior.

**Palabras clave:** Terapia de Activación Conductual. Esquizofrenia. Síntomas negativos. Terapia de Aceptación y Compromiso. Experimento de caso único.

**Abstract:** In the present article we explain an intervention with a patient diagnosed with Schizophrenia with severe negative symptoms. We used the Behavioral Activation Therapy with Acceptance and Commitment components. The objective is to analyse the changes occurred after the intervention. We used the PANSS in order to assess the changes. The final goal is to reflect about the combination of different treatments that mutually work to improve the patient's quality of life. The results were an improvement in willingness and a decrease in motor retardation, in absorption and in somatic concerns. This lead to an improvement in cognitive functions.

**Key words:** Behavioral Activation Therapy. Schizophrenia. Negative symptoms. Acceptance and Commitment Therapy. Single case experiment.

## Introducción

Los síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia han sido reconocidos y descritos reiteradamente, dada su gran incidencia en el tratamiento y el pronóstico de esta enfermedad.

Además, no es rara la confusión de los mismos con síntomas depresivos o con los efectos parkinsonianos de los antipsicóticos, como la aquinesia. Constituyen, pues, una importante limitación en la vida de las personas que padecen este trastorno, y aunque algunas de ellas

tienen buena respuesta a ciertos antipsicóticos como Risperidona o Aripiprazol, o a cierta gama de antidepresivos como el Bupropion, otros pacientes no responden a éstos y se requiere una intervención cognitivo-conductual específica para la mejora de los mismos.

La Escala de Síntomas de la PANNS (1) se ha convertido en un referente en la evaluación que permite valorar distintos síntomas, positivos y negativos, de la esquizofrenia y además objetivar los progresos del paciente tras la instauración de un determinado tratamiento.

Por otro lado, la necesidad de rentabilizar el trabajo terapéutico, ahorrando recursos económicos y profesionales, nos lleva a buscar procedimientos eficaces y eficientes en la práctica clínica que complementen el tratamiento grupal que se realiza en Hospital de día con estrategias individuales que aborden la dificultad particular de cada individuo, incidiendo específicamente en su sintomatología particular. A este respecto, la Terapia de Activación Conductual ha sido utilizada para la mejoría de algunos síntomas negativos con buenos resultados (2).

En otro orden de cosas, la Terapia de Aceptación y Compromiso, con la resolución del síndrome de evitación experiencial (presente, entre otros, en los síntomas psicóticos), no busca cambiar o reducir los pensamientos molestos sino alterar su función y generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. No se centra, por tanto, en la eliminación de los síntomas para así modificar la conducta del paciente, sino que se orienta a la transformación de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos. Es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno mismo que contempla el malestar y el sufrimiento como normales, producto de la condición humana. Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en su propia experiencia como la clave del tratamiento. Entre sus aportaciones se encuentran el análisis funcional del problema del paciente y los objetivos a abordar para darle solución (3).

El objetivo de este trabajo es describir un Programa de Activación Conductual con componentes de Aceptación y Compromiso para la sintomato-

logía negativa de un paciente diagnosticado de Esquizofrenia y analizar los resultados de dicho tratamiento.

## Material y método

Se ha realizado un estudio de caso único *a posteriori* de la praxis clínica.

Se trata de un varón de 25 años, estudiante de 5<sup>º</sup> de Licenciatura, diagnosticado de Esquizofrenia de 2 años de evolución. Su nivel sociocultural es medio-alto y tiene un buen soporte familiar y social, manteniéndose insertado en su medio urbano de origen. Es derivado al Hospital de día para un tratamiento específico dada la deficiente respuesta de los síntomas negativos de su enfermedad a la farmacoterapia.

El instrumento de medida empleado es la Escala de Síntomas Negativos de la PANSS, desarrollada por Kay y cols. (1) y validada en nuestro contexto por Peralta y cols. (4). Se realiza un análisis funcional tras una entrevista clínica en la que el paciente habla de las preocupaciones actuales en relación con su enfermedad. Se pregunta al paciente sobre síntomas específicos y su valoración de los mismos. Esto nos permite obtener una puntuación del propio paciente en las distintas áreas de la PANSS, complementada con la evaluación de un entrevistador cualificado. La gráfica del análisis funcional es la línea base de la intervención.

Como herramienta de intervención se aplica un *Programa de Activación Conductual* adaptado a las características particulares del paciente a partir del de Lejuez *et al.* (5). La intervención tiene lugar durante seis semanas en sesiones semanales de 35 minutos de duración mientras acude al Hospital de Día. Mantiene el tratamiento farmacológico con Risperidona 2 ml y Sertralina 100 mg y asiste a las actividades terapéuticas grupales con bajo nivel de iniciativa y pobre rendimiento.

Durante las dos primeras sesiones se implementa la línea base, la valoración inicial de la motivación y la preparación para el tratamiento, así como el aprendizaje del manejo y cumplimentación de los autorregistros, la escala y la autoevaluación. En las siguientes semanas tiene lugar el tratamiento. A partir de la cuarta semana, como parte del proceso de recuperación del control de la propia vida y la autonomía personal, es

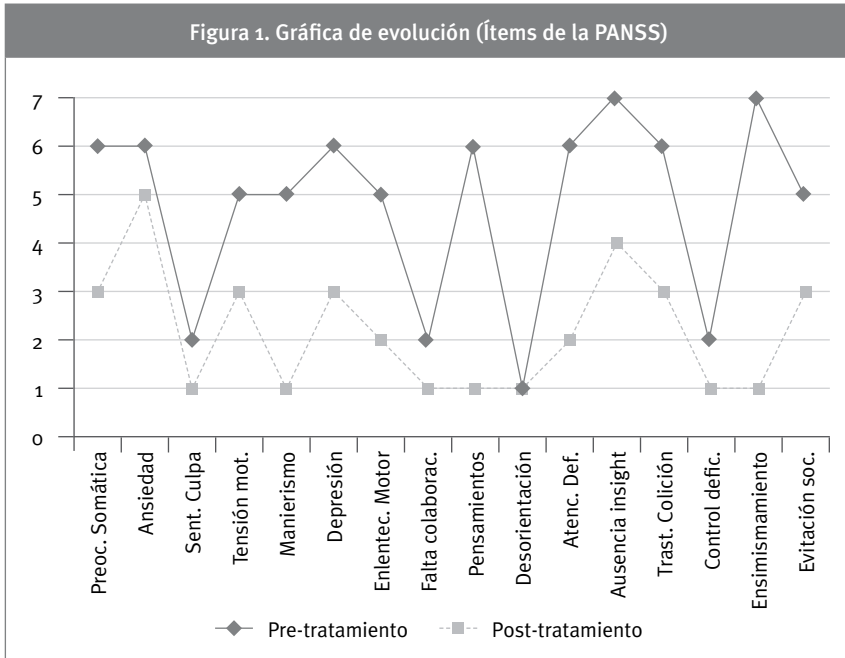


el paciente quien empieza a diseñar sus auto-registros, y desde la quinta semana introduce modificaciones en las actividades, manteniendo horarios y variabilidad de las mismas.

Las sesiones constan de dos partes. En la primera se revisan las tareas de la semana anterior y se valoran y clasifican, asignándoles el sujeto una puntuación respecto a satisfacción producida y

ansiedad que suscita su ejecución. En la segunda parte de la sesión se trabaja el *insight*, el autorreforzamiento y la identificación y cribado de pensamientos críticos y negativos acerca de sí mismo, y se programa la actividad de la semana siguiente.

Al final del tratamiento el paciente hace un registro gráfico de las puntuaciones y se evalúa de nuevo con la PANSS (ver FIGURA 1).



Las técnicas utilizadas fueron el moldeamiento (por aproximaciones sucesivas en algunas tareas de especial dificultad), manteniéndose una estructura común en todas las sesiones con el fin de generar seguridad en el sujeto y eficacia en la gestión de su tiempo; *mindfulness*, respiración profunda, la formulación de objetivos conforme a sus metas, la autoorganización mediante programación estructurada y el autorreforzamiento.

### Resultados

A partir de la primera sesión, el sujeto fue concretando semanalmente las metas hacia las que se orientaba en función de sus propios valores. Durante cada sesión el paciente mejoró sus autorrefuerzos, continuados y valorados por él se-

gún el nivel de dificultad que tenía cada objetivo. No se castigó la ausencia de logro, sino que se mantuvo como meta para la semana siguiente, incidiendo en las dificultades y reforzando la idea de entrenamiento y satisfacción diferida.

Los déficits que se han encontrado tras la evaluación inicial en la Escala PANSS han sido importantes, superando en todos los casos la puntuación 5 (de la escala 1-7), salvo en dos áreas: "Control de impulsos", dado que el paciente tenía un comportamiento mayoritariamente restrictivo, y "Ausencia o falta de colaboración".

Las áreas deficitarias se hallan reflejadas en la Tabla 1. Los objetivos de trabajo operativizados entre el paciente y el terapeuta se detallan en la Tabla 2.

Tabla 1. Áreas deficitarias de la PANSS. Línea base

Puntaje/Áreas	1	2	3	4	5	6	7
Preocupación somática							
Ansiedad							
Sent. Culpa.							
Tensión motora							
Manierismos							
Depresión							
Enlentecimiento motor							
Falta colaboración							
Pensamientos inusuales							
Desorientación							
Atención deficitaria							
Ausencia <i>insight</i>							
Trastornos volición							
Control def. impulsos							
Ensimismamiento							
Evitación social activa.							

Tabla 2. Actividades objetivo

Áreas	Tareas
Trabajo	- Acudir al hospital diariamente. - Acudir a la Facultad un día/semana.
Obligaciones domésticas	- Limpiar su habitación. - Poner la mesa para comer.
Autocuidado	- Aseo diario sin indicaciones. - Ir a buscar su medicación a la farmacia.
Deporte/salud	- Pasear diariamente. - Jugar a baloncesto.
Ocio	- Leer. - Tocar la guitarra.
Relaciones sociales	- Contactar con sus amigos por Internet. - Llamar amigo por teléfono. - Quedar con amigo.

La valoración de logros que realizó el propio paciente se registró en una Escala tipo académica de 0 a 10. Esto fue así debido a las dificultades de comprensión que sufría al inicio del tratamiento, que sugirieron la conveniencia de asemejar las puntuaciones a un formato conocido para él. Así mismo, la ansiedad fue valorada en USAs en una Escala de 0 a 10. Las puntuaciones de valoración de logros oscilaron en las distintas semanas, pero fueron aumentando a medida que el paciente se sentía mejor, a la vez que disminuían las USAs.

Los ítems incluidos en el proceso de tratamiento que fueron valorados por el propio paciente como claves para la mejora de los síntomas se especifican en la Tabla 3.

Tabla 3. Ítems clave del tratamiento

Actividad monitorizada.

Trabajo con metas individuales y valores del paciente.

Programación de actividades.

Entrenamiento en destrezas como procedimiento de mejora.

Aprendizaje de autorrefuerzos y automanejo de contingencias.

Relajación y/o *Mindfulness*.

Aprendizaje de conductas verbales y formulación de objetivos.

Manejo del afrontamiento frente a la evitación como respuesta.

## Discusión

La mejoría de algunos aspectos del funcionamiento vital de nuestro paciente es esencial para retomar su vida diaria y para recuperar la autoestima, aspectos que se consideran imprescindibles tras la ruptura psicótica. Esto aumenta su relevancia al tratarse de un segundo episodio, donde el paciente ha perdido parte de sus habilidades sociales y relacionales y también su capacidad para autoorganizarse, aunque anteriormente poseyera este tipo de destrezas. En este período de tiempo se hace más dependiente de su entorno, ya que su propia inseguridad le hace



percibirse como ineficaz en las tareas de la vida diaria y en las interacciones sociales, y a la vez es una época de riesgo de quedarse anclado en la pasividad fruto de la enfermedad, lo que conocemos como síntomas negativos.

Durante el Programa de tratamiento el paciente se pone en contacto con su propia realidad a través de la autovaloración de los síntomas negativos, pero también en contacto con un procedimiento de lucha contra dichos síntomas, que acaban siendo algo externo a él. Se puede hacer cargo de ellos porque se han externalizado y logra neutralizarlos mediante entrenamiento específico.

Los elementos clínicos manejados durante la intervención que se han demostrado eficaces han sido, como en otros autores (6-9), los siguientes: por un lado, la formulación de sus objetivos conforme a metas concretas a conseguir, que responden a los propios valores del sujeto. Por otro, el aprendizaje de la autoorganización mediante programación estructurada y el asesoramiento al paciente para que aprenda a autorreforzarse y obtener contingencias positivas a partir de las actividades que cada semana consigue realizar. Además de ello, se ha dotado al paciente de herramientas como la atención plena y técnicas básicas de respiración profunda para el manejo de situaciones de especial estrés o que le suponían frustraciones por ausencia de éxito.

El manejo de la programación de actividades de su vida, logrando éxitos que se convierten en *feedback* respecto a su conducta, se ha visto complementado con la iniciativa que el paciente pone en marcha cada semana programándose la siguiente antes de venir a terapia y convirtiendo

al terapeuta en observador y acompañante en el proceso de cambio. Por otra parte, el paciente incluye actividades nuevas en el Programa que son el resultado de su deseo identificado de mejora, mientras deja atrás la falta de iniciativa y la pasividad como síntomas (ya externalizados) de la enfermedad, convirtiéndose en agente de su propio cambio.

Los resultados obtenidos nos hacen pensar que al mejorar el déficit en la volición se activan en nuestro paciente mecanismos para que el entecimiento motor disminuya (empieza a recuperar el placer por jugar a baloncesto o hacer *jogging*), mejora el ensimismamiento (sale más de sí mismo ocupándose de otros) y las preocupaciones somáticas pasan a un segundo plano, igual que los pensamientos inusuales. Mejora la atención y la memoria, apoyando estos avances el efecto beneficioso de la medicación (no olvidar que el programa tiene lugar cuando el paciente lleva ya tiempo con la medicación pautada).

Los resultados finales parecen tener que ver con los ítems clave del tratamiento que hemos detallado anteriormente, aunque no podemos valorar (este estudio no lo pretende) cuál sería el peso específico de cada uno de ellos en la evolución. El valor que se le da tiene relación con la importancia que el propio paciente les concede, reflejándose dicha importancia como un conjunto de todos ellos. Conviene cotejar estos resultados con otros estudios donde, utilizando el mismo procedimiento, se incluyan más pacientes y se valore la relevancia subjetiva que cada uno de ellos otorga a cada elemento de cambio (lo que hemos llamado “ítems clave”).

## Contacto

**Cristina Montero Fernández.**

Hospital de Día. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Paseo de San Vicente, 81 • 37005 Salamanca

Teléfono y fax: 923 272 540 • e-mail: [monterofernandez.cristina@gmail.com](mailto:monterofernandez.cristina@gmail.com)

• Recibido: 04/04/2014

• Aceptado: 28/05/2014

## Bibliografía

1. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76.
2. Romero R, Poves S. y Vucinovich N. Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de conducta* 2011; 37(155-156): 65-75.
3. Luciano MC y Valdivia MS. La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Rev Papeles del Psicólogo* 2006; 27(2).
4. Peralta V y Cuesta MJ. Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANNS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso – Esp neurol Psiquiatr* 1994; 22(4): 171-7.
5. Lejuez C. W. y Derek R. A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001; 8: 164-75.
6. Kanter JW, Manor RC, Bowe WM, Baruch DE, Busch AM y Ruch LC. What is the behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(6): 608-20.
7. Manor RC, Kanter JW y Busch AM. A critical review of assessment strategies to a measure the behavioural activation model of depression. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(5): 547-61.
8. Cuijpers P, Van Straten A y Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2007; 27(3): 318-26.
9. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ y Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles and progress. *Clinical Psychology Review* 2003; 23(5): 699-717.





# PRE-OCUPACIONES



# Grupo de trabajo(\*) e investigación sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental.

## *Working group and research about the practice of the community social educator into the field of Mental Health.*

Cosme Sánchez Alber

Grupo de trabajo e investigación de OME-AEN sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental.

**Resumen:** Este texto propone una reflexión sobre la figura del educador social en el campo de la Salud Mental Comunitaria. Nuestro grupo nace con una vocación muy particular: Iniciar una conversación en torno a los interrogantes que surgen de nuestra práctica. Analizaremos tanto los contenidos de nuestra disciplina, como las instituciones donde desarrollamos nuestra labor, así como la función de los diferentes agentes en el trabajo en red, es decir, en las diferentes configuraciones de lo social, Salud mental y Educación. A su vez, proponemos realizar un trabajo con ejemplos de nuestra práctica contando con la presencia de profesionales de la Salud Mental que nos orienten en el delicado trabajo que realizamos los y las educadoras sociales con aquellas personas que padecen alguna enfermedad mental.

**Palabras clave:** Educación social, Acompañamiento, construcción del caso, Salud Mental Comunitaria, Trabajo en red.

**Abstract:** This text shows our consideration over the community worker role within the Community Mental Health field. Our working group born with a special purpose: Start a conversation about the issues that arise from our practice. Analyze the content of our discipline, the institutions where we develop our work and the role of different actors in networking, in different social services, Mental Health and Education. In turn, we propose a job with examples from our practice with the presence of mental health professionals to guide us in the work we perform the delicate social educators and those suffering with mental illness.

**Key words:** Social support, accompaniment, case building, Community Mental Health, network.

(\*) Mi agradecimiento personal a los integrantes del Grupo, tanto por su interés como por su riguroso trabajo: Roberto Cámara, Reyes Gil, Lorenzo Izquierdo, Cristina Califano, Jesús Barcina, Pablo Cardona, Jorge Lastra, M<sup>º</sup> Mar Sotoirigoyen, Nahikari Goñi, Josune Aguirre, Ophelie Venareau, Víctor Martínez, Mercedes Salazar, Estibaliz Ruiz, Irantzu Petuya, Miriam Mateo, Elena Fernández y Stefanie Temprano Díaz.

## Presentación

En marzo del 2014, a invitación de Iñaki Markez, nos reunimos un amplio grupo de personas interesadas en el campo de la Educación social y la Salud mental. Nuestro propósito es iniciar una conversación con vistas a crear un grupo de trabajo e investigación sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental comunitaria. Crear un grupo de trabajo es, por descontado, una empresa complicada. Ya que depende del deseo de cada uno. Sabemos que resulta extremadamente engorroso arreglárselas con el deseo de uno mismo, así que cuando se trata de hacer algo juntos la tarea se complejiza mucho. Advertidos de estas dificultades y obstáculos, proponemos iniciar una experiencia piloto en cuatro sesiones. De cara a poner en marcha un grupo de trabajo en torno a la Educación social y la Salud mental.

## La propuesta en cuatro encuentros

Dedicamos nuestro primer encuentro a hablar un poco del marco de trabajo y los intereses en juego para cada uno de nosotros. Cuando hablo de un marco de trabajo me refiero a aquellos principios que puedan dotarnos de cierta estructura de cara a nuestros próximos encuentros. La búsqueda de un marco de referencia compartido a nivel teórico es fundamental, no obstante mi interés radica en encontrar “algo” que nos ponga a trabajar juntos. Es decir, que esto no se convierta en una de esas formaciones a las que habitualmente acudimos y en las que fundamentalmente perdemos el tiempo. Para ello, decidimos apoyarnos en aquellas cuestiones que hacen “agujero” en las prácticas de cada uno, es decir, aquellos puntos de dificultad, de tope, que marcan un límite con el que nos topamos en el trabajo con el otro. Dedicamos nuestros siguientes encuentros al trabajo con ejemplos de nuestra práctica organizando una conversación con un profesional de la Salud Mental, Félix Rueda, psicólogo y psicoanalista, con experiencia en estas cuestiones. Finalmente nos dedicamos al análisis de una experiencia en curso para mejorar el trabajo del educador social en la atención de personas con enfermedad mental: La construcción del caso en red. Esta propuesta desarrollada por José Ramón Ubieto (2012, 2013) propone la creación de dispositivos para pensar los casos

en conjunción con otros profesionales de la red que atienden un caso común. Interxarxes lleva diez años funcionando, en el distrito barcelonés de Horta Guinardo, poniendo a trabajar de manera colaborativa a profesionales de toda la red de Salud Mental, toxicomanías, Servicios Sociales y Educación.

## Ejemplo de nuestra práctica: Una equivocación muy amada. Notas sobre desinserciones sociales y adicciones

Atiendo a Sara desde hace dos años en un Centro de Día de baja exigencia dirigido a la atención de personas en riesgo de exclusión social y problemáticas asociadas a las toxicomanías y la Salud Mental. Donde la interlocución con la persona se basa en la ética del acompañamiento y la figura del educador social. La siguiente viñeta trata de explorar los efectos de una supervisión en el campo de las desinserciones sociales y la Educación Social. La supervisión del caso puede sernos útil como un espacio para pensar sobre algunos aspectos de nuestra práctica y extraer una lógica que nos permita orientarnos. Reintroducir la dimensión del enigma es algo que considero indispensable para poder desplegar una práctica a la que los profesionales podamos entregarnos con pasión, es decir, que nos permita sostener una posición ética y deseante frente a los efectos de mortificación e inhibición producidos por el furor burocrático y la evaluación (el *burn out*). Una práctica cuidadosa que atienda a la subjetividad de cada persona y a sus invenciones particulares.

La escritura, para Sara, tiene el valor de una invención. Esta chica nos enseña una manera muy particular de inscribirse en el lazo social. También nos advierte: “la adolescencia es un periodo de extremo sufrimiento”. Nuestra joven protagonista encontrará una solución muy original frente a su insondable malestar: “Escribir aquello que no puedo decir”. Sara no puede hablar de las cosas que le pasan, por eso ha inventado un modo muy particular de ocupar un lugar de enunciación. La palabra no le sirve, pero la escritura, que es de otro orden, abre un campo de experiencia para ella; Una atmósfera hecha de sentido, de verdad y de deseo. La letra deja huellas en su cuerpo, marcas por las que ella puede transitar explorando el sufrimiento por el que se encuentra concernida.

El educador que le atiende tiene pues que hacer un esfuerzo por ir a las referencias de los textos de Sara, a la letra y a la lectura, entendidas como la única manera de poder enfrentarse a la dificultad que la propia Sara entraña. Un enigma que se esconde en los textos de Sara, en sus poemas, en sus cuentos y en sus relatos. Un libro de una única tirada. La palabra escrita tiene para ella una particularidad esencial: le permite bordear su agujero y tratar su experiencia psicótica.

### Una equivocación muy amada

En nuestras primeras conversaciones Sara recuerda que su madre le decía “Eres una equivocación, un error, no te esperábamos”. Es la menor de tres hermanos, su padre era ganadero y contaba con un próspero negocio, su madre se dedicaba a la agricultura y se encargaba de la crianza de los hijos. En cualquier caso, asegura que fue la hija más querida, “la más amada”.

Este dicho ha marcado la vida de nuestra protagonista, Sara piensa que es una equivocación. Estas palabras han dejado una marca, una escritura. Se trata de una nominación que no deja de inscribirse de manera inconsolable, una y otra vez. Es una frase que ha funcionado como una brújula para el sujeto, una guía que ha marcado su vida y que la fija a una supuesta identidad de efectos mortificantes para ella. Además se trata de una identificación “amadísima”, con lo que el sujeto ha quedado atornillado a ella. Sara trata por todos los medios de contradecir esta identidad pero los efectos de repetición se hacen sentir, sin embargo, en los momentos más críticos y delicados, “Cuando las cosas empiezan a ir bien siempre hay algo que me sale mal”.

### La errancia como “solución en acto” frente a los fenómenos persecutorios

Recuerda haber tenido una infancia “muy feliz” en el pueblo, “las cosas iban bien para mi familia”, una de las más acomodadas de la zona. Sin embargo a la edad de quince años Sara deja repentinamente la escuela y se fuga del hogar. Comienza entonces un largo periodo de “errancia”, como ella misma lo llama. Vaga por las calles de diversas ciudades donde okupa edificios abandonados, sola. La errancia puede pensarse como una primera solución, en acto, frente a lo

insoportable de su experiencia íntima, durante la adolescencia. Sara me cuenta que en el colegio se sentía observada y pensaba que los profesores estaban en su contra. Lo mismo le ocurre en los diversos empleos que ha tenido donde “a las pocas semanas los compañeros de trabajo comenzaban a hablar de mí a mis espaldas, no podía soportarlo, dejaba el empleo y me iba a otro lugar”. Ciertamente, vaya a donde vaya siempre hay miradas que le siguen y conversaciones que le aluden.

De su experiencia en las calles podemos extraer un breve fragmento de uno de sus relatos: “Permanecí un largo tiempo quieta, como una estatua, igual que una desahuciada a la que acaban de quitarle la casa. No tenía más opción que aceptar la realidad tal y como era. Al fin y al cabo acepté que yo no era más que una condenada sin hogar, sin trabajo y sin futuro. Y sin documentación. En aquel momento comprendí las palabras que habían llamado mi atención en una pared del barrio madrileño de Lavapiés: *La vida real comienza cuando estamos solos; cara a cara con nuestro ser desconocido*. Mientras reflexionaba sobre aquella frase sopló un viento frío que me hizo temblar. El sol desapareció y los focos se encendieron arrojando su luz sobre la plaza”.

El término “errancia” nos remite a un neologismo, una palabra nueva que ocupa el lugar de la palabra francesa *errance*, carente de traducción exacta en la lengua castellana. En castellano, la palabra errar tiene dos vertientes de significado: por una parte se refiere a la acción de itinerar, “andar vagando de un lugar a otro”, por otra parte nos remite al acto de “fallar”, errar, equivocarse, no acertar, fracasar. Cuando estas errancias se transforman en acción lo que queda comprometido es el propio acto de pensar, quedando así el sujeto condenado a vagar sin rumbo ni destino, “sin futuro”. Esta palabra, en boca de Sara, da cuenta de su posición en el mundo, una palabra que condensa su acción de “vagar sin rumbo” con aquello que le decía su madre “ser una equivocación”.

La acción de vagar compromete, entonces, el pensamiento de la joven. Y la coloca en una situación de extrema vulnerabilidad social, excluida. Paradójicamente encarna, al mismo tiempo, una solución frente a los fenómenos persecutorios

que la invaden (Álvarez, 2008). Como decíamos es una solución que la ubica siempre del lado de la exclusión social, no tener nada, no ser nada, prácticamente no existir. Cortando el lazo con lo social, con el trabajo, con la familia, se desconecta del mundo y así nadie puede perseguirla. Este es su punto de exclusión. Otra manera de desconectarse del mundo es el uso de tóxicos. La heroína es un excelente antipsicótico: “Me sirve para desconectar de mis pensamientos, para no pensar demasiado”.

*“Toda alucinación verbal, en el instante mismo en el que se percibe, produce en el sujeto un efecto de exclusión. Ese efecto de exclusión es, como tal, una llamada al pasaje al acto. El pasaje al acto ejerce, en efecto, la intención de rechazo que comporta toda alucinación verbal”* (Naveau, 2009).

A mi modo de ver, no se presta suficiente atención al hecho de que la psicosis es una tragedia, en cuanto a que tiene como consecuencia inevitable una degradación del sujeto, un empobrecimiento de la persona que le convoca, en multitud de ocasiones, a evitar cualquier tipo de contacto social. En el campo de las desinserciones sociales y las adicciones podemos leer que ciertos tipos de errancias son, en realidad, una defensa del sujeto frente a un real que se le presenta como insoportable.

Esta joven nos muestra un gran trabajo de defensa frente a estos fenómenos persecutorios. Podemos pensar que tanto su deambular por las calles y ciudades como su toxicomanía representan dos de sus tentativas, en extremo precarias, para tratar su malestar psíquico.

### **La escritura como tratamiento del fenómeno psicopatológico**

El trabajo de escritura, que la tiene muy ocupada, le ha permitido poner en palabras algo de sus experiencias en el encuentro con la locura. Los fenómenos de perplejidad y certeza en el desencadenamiento de una psicosis son en su mayor parte inefables, es decir, no hay palabras para dar cuenta de ellos. Por eso, la escritura para Sara le permite un bordeamiento de este agujero de significaciones. Este trabajo ha hecho posible abrir nuevas vías en su tratamiento: “querer in-

dependizarme”, “hacerme un hueco”, “encontrar una casa donde vivir, un trabajo, tener algo mío y poder reinsertarme”.

Extraigo, a continuación, otro fragmento de uno de sus relatos: “Sentí una fuerte presión en el pecho y caí de rodillas, de repente mi mente se quedó en blanco sin saber por qué. Me sentía desvinculada de la humanidad, entré en una depresión profunda y por mi mente, de nuevo, solo pasaban muy deprisa imágenes de mis amigos, de las fiestas en la casa okupa, de las tardes que pasábamos en la antigua tabacalera o reciclando alcohol en la plaza España. Sentía como un vacío o la ausencia de un complemento vital en mi vida.”

Sara describe en estos párrafos el momento de su experiencia psicótica, el encuentro con un real del que no puede dar ninguna significación. Muestra su perplejidad frente a aquellos fenómenos que se le aparecen “sin saber por qué” tanto en el cuerpo, como en el pensamiento. Como vemos, la escritura se presenta como una nueva tentativa en la serie de invenciones para hacer con el malestar que la invade. Pero en este caso, se trata de hacer pasar algo por la palabra y el lenguaje, es decir, se trata de un trabajo de inscripción subjetiva en el vínculo social.

### **Tiempos para la Educación Social: acompañar en la reconstrucción del lazo social**

En el campo de las desinserciones sociales podemos pensar que el acompañamiento que realiza el educador social consiste en ofrecer un lugar y un tiempo que permita inventar una manera de hacer lazo social. La participación social solo es posible si apunta a lo particular de cada persona. Es con lo más particular de cada uno de nosotros con lo que podemos inscribirnos en el mundo, cada persona ha de inventar su propia manera de estar con los otros.

Para esto no existen ni fórmulas estándar ni soluciones universales *pret a porter*. Es necesario un tiempo que permita poner en juego algunas de las cuestiones que están en el corazón del acto educativo: aquel que anuda el deseo, el trabajo, el cuerpo y la palabra. En este sentido, la tarea del educador social pasa por *reajustar el significado del tiempo* (Bauman, 2007), tanto en lo

referente a los tiempos subjetivos en torno a la transmisión de los legados culturales y la promoción de recorridos sociales, como a los propios tiempos del profesional y de la institución socio-educativa. No obstante, para que este acto pueda desplegar sus efectos es necesario poner en juego un deseo, el deseo de ser educador. Un educador capaz de sostener una posición ética y aceptar que cada caso es único y singular. Un cierto amor a la profesión que nos permita sostener el registro de una creencia en el cambio, en las posibilidades y elecciones particulares que se sustraen del encuentro con un otro. Me consta que hay muchos educadores y educadoras que cada día *desafían las profecías del fracaso* (Frigerio, 2012). Educadores sabedores de que sus actos pueden tener efectos de orientación en el tratamiento de las problemáticas emergentes y los malestares contemporáneos.

Podemos pensar que la tarea del educador social consiste en apoyar aquellas invenciones particulares capaces de producir efectos de inserción social. La singularidad del sujeto es condición esencial para la vida en común, ya que esta solo es posible en atención a lo particular de cada uno. Por eso el educador social que atiende a Sara tiene que estar muy atento a los detalles, y dar importancia a su escritura, a sus textos, interesarse en ellos, ofreciendo un lugar a la joven para hablar sobre estas y otras cuestiones. De esta manera ella podrá encontrar/inventar la manera de “hacerme un hueco” en el mundo.

## Conclusiones

Tras el recorrido realizado este año podemos decir que aquello que puede sostener y guiar nuestro trabajo colectivo bien puede apoyarse sobre nuestra práctica. Se trata entonces de aprender de la práctica, de nuestro encuentro con las personas que atendemos para que pueda producirse un saber nuevo, algo que no estaba allí de entrada. Para ello, es necesario pensar el saber cómo aquello que no está aún producido, elaborado, completado. Sino, más bien, como algo que está por venir, por extraer, por deducir. De esta manera es posible crear un agujero, un vacío central que aspira un saber que debe elaborarse. En cualquier caso resulta muy útil que

podamos, en cierta medida, orientarnos por la clínica. Iniciar una conversación entre, por un lado, los profesionales del campo de la Educación Social y por otro lado los profesionales de la Salud Mental. Es precisamente en el encuentro entre estas dos disciplinas, en esta intersección, donde podemos extraer algún saber, algún aprendizaje, que pueda orientarnos en el trabajo con los otros.

Por otra parte ¿cuál es la manera de poder trabajar con las personas que tienen una patología mental grave? Podemos en este punto anticipar una respuesta: El caso por caso, el uno por uno, la singularidad radical del loco, que es alguien que no va a entrar, que no va a consentir en engancharse al circuito ordinario de los servicios donde atendemos, digamos que no va a participar del programa. Aquí no nos sirven ni los protocolos, ni los manuales de intervención social, ni las soluciones del lado del universal (para todos igual) porque la locura es algo vivo, algo que se escapa, algo que no entra en la norma. Entonces se trataría, en mi opinión, de no ceder ante lo que considero un punto ético irrenunciable, a saber, acoger la singularidad de cada caso, esto es lo que va a hacer posible un trabajo con estas personas. Estas personas nos animan a interrogar nuestra práctica. Son precisamente los casos difíciles los que nos convocan a buscar nuevas maneras de entender el acto educativo e inventar formulas inéditas, una por una, de hacer consistir el lazo social.

Considerar, tal vez, que la locura nos proporciona una vía de acceso para comprender, por ejemplo, las coordenadas previstas por el programa institucional, en tanto en cuanto los servicios en los que trabajamos van a ser capaces de acoger o no a estas personas, o si por el contrario van a segregarlas, a dejarlas caídas de la atención social. Es decir, estos casos subvierten, en gran medida, la propia lógica institucional donde trabajamos. Son casos que nos animan a pensar otras maneras de hacer Educación social, ante la emergencia de un saber que está por extraer en el tratamiento de las problemáticas emergentes: en los intersticios de la Educación social y la Salud mental.



### Contacto

Cosme Sánchez Alber

Móvil: 620 313 855 • cosmesan@hotmail.com

C/ Bilbao La Vieja, nº 25, 2º • 48003 Bilbao

### Referencias bibliográficas

Ubieta, J.R. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Teoría y práctica. Editorial UOC.

Ubieta, J.R. (2013). *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud mental y Servicios sociales*. Biblioteca Educación/ Pedagogía Social. Edit. Gedisa.

Álvarez, J.M. (2008). “El polo paranoico genuino está habitado por un sujeto activo, esto es, alguien que inventa una respuesta frente al enigma inicial.” Conferencia pronunciada en el Hospital Provincial de Castellón, 2008.

Naveau, P. (2009). *Las psicosis y el vínculo social*. El nudo desecho. Editorial Gredos, S.A.

Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Editorial Gedisa.

Frigerio, G. (2012). *Hipótesis para comprender lo que se pone en juego en estos tiempos*. Conferencia de clausura, VI Congreso Estatal de Educación Social “Nuevas Visiones para la Educación Social, experiencias y retos de futuro”. Valencia.

• Aceptado: 10/06/2012



**HISTORIA**

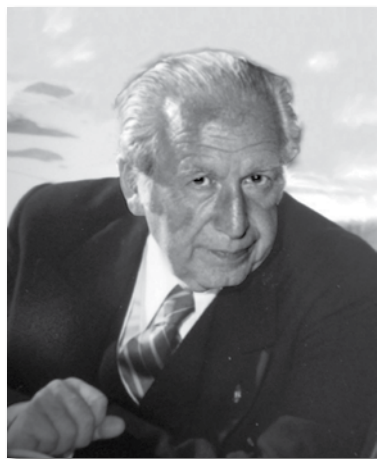


## In Memoriam: Dr. Rodrigo González-Pinto López (1921-2014)

El pasado mes de febrero falleció en Bilbao, a los 92 años, el psiquiatra bilbaíno Rodrigo González-Pinto López. Biznieto, nieto e hijo de psiquiatras, había nacido en Ciempozuelos (Madrid) un 8 de agosto de 1921, trasladándose al poco tiempo, con su familia, a Bilbao donde vivió hasta su muerte.

A dicha localidad de Madrid, en la segunda mitad del siglo XIX, había llegado el padre Benito Meni con la idea de crear un hospital psiquiátrico en el que tratar a personas con problemas psíquicos graves. Allí encontró la colaboración del bisabuelo de Rodrigo, que se convirtió en lo que entonces se llamaba médico alienista. Su hijo, y abuelo de Rodrigo, fue director del hospital y prestigioso psiquiatra. Su nieto, el padre de Rodrigo, que también fue psiquiatra, trabajó la mayor parte de su vida en Bilbao y Mondragón. Fue quien realizó las primeras divulgaciones en 1931 del tratamiento de la parálisis general progresiva (PGP) una de las formas de presentarse la sífilis cuaternaria con afectación del sistema nervioso, conduciendo a la demencia y la muerte. Posiblemente fue la principal causa de demencia entre los pacientes ingresados en los manicomios europeos (1) antes de la IIª Guerra Mundial. Lo realizó, siguiendo los resultados del austríaco Julius Wagner-Jauregg, mediante la “piroterapia”, un tratamiento a través de la provocación de fiebre (2,3,4). Fueron notorios los trabajos sobre paludización y malarioterapia en la Parálisis General Progresiva (5,6,7), los tratamientos de cardiazol e insulina (8, 9) y también un adelantado en su época a la organización de servicios psiquiátricos en hospitales generales (10).

Después sería director del hospital psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón, Gipuzkoa, como había sido antes psiquiatra en el Reformatorio de Amurrio, en Álava, y profesor en la facultad de Medicina de aquel Bilbao de los primeros meses de 1936.



Rodrigo González-Pinto López tuvo contacto desde sus primeros años con pacientes con patología mental y pronto aprendió en qué consistía ser médico psiquiatra, ya que su padre era el director de la sección de mujeres del Sanatorio de Ciempozuelos. A los 8 años de edad, en 1929, Rodrigo se trasladó con su familia a Bilbao, donde cursó el bachillerato en el colegio Alemán. El último curso lo compatibilizó con estudios en los Jesuitas de Bilbao. Estudió la carrera de Medicina en la Universidad Central de Madrid, en la que también se doctoró, y se especializó en Neuropsiquiatría. Posteriormente obtuvo el título de médico forense, dedicando una parte muy importante de su actividad médica a la Medicina Legal.

Médico psiquiatra, desde el comienzo de su actividad profesional ejerció como médico en la red pública de Salud y en su consultorio privado, en el campo de la neuropsiquiatría y en el de la actividad forense. Durante las décadas de los sesenta y setenta mantuvo de forma desinteresada un servicio de asistencia psiquiátrica gratuito en el Hospital de Basurto de Bilbao que, en aquellos años, no contaba con Unidad de Psiquiatría. Acu-



día también a realizar autopsias legales, pues no existiendo el Instituto Anatómico Forense debían realizarse en el hospital.

De gran vocación docente, a lo largo de su vida y hasta su jubilación fue profesor de Psiquiatría y de Medicina Legal en la Facultad de Medicina así como de la Escuela de Enfermería de la Universidad del País Vasco, desde que se fundaron, en los años 70 del siglo pasado. Excelente orador, era requerido frecuentemente para disertar sobre temas científicos novedosos en conferencias y en los medios de comunicación.

Una actividad a la que dedicó muchas jornadas fue la de director médico, como psiquiatra, en centros de de jóvenes con problemas de adaptación y conducta, trabajo en el que centró su discurso de recepción pública en la Real Academia de Medicina de Bilbao en 1975: *Sociopsicopatología de la Inadaptación Juvenil*.

Hubo dos acontecimientos que marcaron su vida profesional: el accidente de tren de Urdúliz (Vizcaya) en 1970, en el que fallecieron 33 personas y el accidente de aviación del Monte Oiz (Vizcaya) en 1985, que costó la vida a 148 pasajeros. En ambos dirigió las labores de identificación de las víctimas y se implicó absolutamente en estas dos tragedias, las mayores catástrofes acaecidas en la segunda mitad del siglo XX en el País Vasco.

Publicó numerosos artículos y escritos relacionados con sus especialidades de Psiquiatría y Medicina Legal, participó en numerosos congresos nacionales e internacionales, pero sobre todo, debe destacarse el abnegado trato a sus pacientes en jornadas interminables que frecuentemente comenzaban antes del amanecer y terminaban a altas horas de la noche. Se le podía ver a cualquier hora recorriendo las calles de su querido Bilbao y saludando a las miles de personas a las que trató a lo largo de su vida profesional.

Director del Instituto Anatómico Forense de Bilbao, en el terreno de la Medicina Legal impulso

- Recibido: 12-03-2014
- Aceptado: 02-06-2014

(\*) Asun (psicóloga, profesora titular de Psicología Médica), Rodrigo (psiquiatra), Jose Mari (arquitecto), Ignacio (cirujano general), Ana (psiquiatra), Marta (economista), Elena (abogado).

la creación del Instituto Vasco de Medicina Legal, que definitivamente se creó en 2001 y que fue su ilusión profesional en esa área. Precisamente en 2001, tras más de 55 años de trabajo ininterrumpido, a los 80, le jubiló un cáncer al que siguió después una larga enfermedad que le derrotó definitivamente el pasado 25 de febrero.

Había contraído matrimonio con Asunción Arriaga Ubarrechena, con la que tuvo 7 hijos (\*), algunos dedicados a la medicina y a la salud mental, 21 nietos, algunos de los cuales también son estudiantes de medicina, y tres biznietos.



Rodrigo González-Pinto, padre e hijo.

Bondad, inagotable capacidad de trabajo y profundo sentido social caracterizaron a este médico bilbaíno. Fue la cuarta generación de una saga familiar de psiquiatras que aún continúa con dos psiquiatras (Rodrigo y Ana) y una psicóloga (Asun) entre sus hijos, que han heredado de él la vocación y pasión por la atención en este campo de la Salud mental.

## Referencias bibliográficas

1. Gondra, J (2014). Un curioso tratamiento de la parálisis general progresiva. *Bilbao*, 292: 8.
2. Vallejo Nágera, A., González Pinto, R. (1931a), Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso, *El siglo médico*, 88: 152-161.
3. Vallejo Nágera, A., González Pinto, R. (1931b), Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso, *El siglo médico*, 88: 176-182.
4. Vallejo Nágera, A., González Pinto, R. (1931c), Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso, *El siglo médico*, 88: 200 – 203.
5. Vallejo-Nájera, A., González Pinto, R. (1927), *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia en la Parálisis General progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro.
6. Vallejo-Nájera, A., González Pinto, R. (1930), Paludización terapéutica en pacientes epilépticos. *Archivos de Neurobiología*, 10 (1), 138-146.
7. González-Pinto, R. (1931). Malarioterapia en la Parálisis General Progresiva. *Revista Médica de Bilbao*.
8. González Pinto, R., Fernández Villanueva, L., Olano Llerregui, V., Izaga Goicoecheaundia, L., Paredes, N. (1942), Nuestra experiencia en el empleo del cardiazol y de la insulina en la psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3: 203-209.
9. González Pinto, R., Izaga Goicoecheaundia, L. (1942), Complicaciones más comúnmente observadas en los tratamientos de cardiazol e insulina, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, p. 209.
10. González Pinto, R. (1931). La curabilidad de las enfermedades mentales. Necesidad de creación de servicios psiquiátricos abiertos en los hospitales generales. *Revista Clínica de Bilbao*. Tomo VI, nº 5: 222-226. Mayo 1931.



## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.



# ACTUALIZACIONES





## Desenterrar las palabras: Transmisión generacional del trauma de la violencia política del siglo XX en el Estado español.

Autora: Clara Valverde

Edita: Icaria • 2014 • 144 págs.

ISBN: 978-84-9888-576-7

Agradezco a Clara su invitación a convertirme en lectora de su texto desde mi condición de psicoanalista miembro de la Escuela Lacaniana y desearía llegar a transmitirles en esta presentación, la sorpresa, el eco y el impacto que este texto me ha producido, porque llamada como psicoanalista, su lectura dio en el blanco, ya que no pude dejar de reconocerme como descendiente, una más entre los muchos de esta tercera generación posterior a la guerra civil.

Abrimos el texto, y encontramos que nos convoca a reflexionar sobre la experiencia histórica de nuestro país enhebrando datos y palabras. Me he permitido poner en serie estas palabras: Herencia; Silencio; Trauma; Inconsciente; Síntomas; Miedo; Duelo; Verdad; Justicia; Reparación.

Instante de ver la historia silenciada, los datos de nuestra postguerra, los fragmentos de los testimonios que Clara Valverde ha encontrado en su trabajo con los grupos del movimiento 15 M, las experiencias de elaboración de las heridas traumáticas en otras culturas y en otras sociedades. Y los reflejos de su propia experiencia de descendiente, su manera de hacer con su herencia.

Instante de ver, que provoca una conmoción, que no deja indiferente, que nos convoca a un segundo tiempo en la subjetividad, el tiempo para comprender.

- **Herencia.** ¿Que heredamos? Heredamos, un discurso que nos anticipa un lugar en el mundo, el nombre, algunos objetos, pero no

sabemos nunca con certeza que es lo que heredamos. El que hereda de algún modo hereda un secreto, hereda una contradicción, hereda una culpa, el que hereda tiene que descifrar su herencia. La herencia interroga al sujeto, le dice ¿sabrás descifrarme?, ¿Serás capaz de leerme? Toda herencia implica una tarea de desciframiento, un sujeto que se sienta concernido por esto, un saber hacer con lo recibido, ponerlo a valer, transmitirlo o abandonarlo.

- **Silencio y Trauma.** El texto de Clara se interroga sobre el silencio de la generación que vivió la guerra civil y sus efectos sobre las siguientes generaciones. En nuestro país vinimos a nacer a una atmósfera de silencio. ¿Qué velaba ese silencio? El trauma como acontecimiento provoca un impacto de tal calibre, que confronta a un sujeto con el real indecible. El lenguaje, decimos desde Lacan, no sirve para abordar el real. Desde el mismo momento en que aprendemos a hablar hacemos la experiencia de los límites de esta comunicación. No obstante nos esforzamos, ponemos palabras, buscamos sentidos. Pero el trauma es un agujero en el interior del simbólico, es la experiencia de la falta de sentido, es el encuentro ante el horror. Y lo que no puede simbolizarse es aquello que Freud nombró en 1920 como pulsión de muerte y que tanto rechazo provocó en la comunidad científica de la Época. Rechazo paradójico, si tenemos en cuenta que Europa acababa de



salir de la primera guerra y se encaminaba con paso firme hacia la segunda. Entonces ¿que cubre este silencio? Podemos pensar que apunta al Trauma individual que trasciende a la colectividad, al encuentro del sujeto con algo de lo indecible ya que lo traumático por estructura está excluido del campo del lenguaje. El sujeto no podrá responder a ese agujero, a ese encuentro inesperado si no es haciendo un síntoma. La colectividad no podrá renovar sus lazos de convivencia si no es tras un proceso de memoria, de elaboración, que permita reinventar la atmósfera social.

Hay diferentes posiciones éticas con respecto al trauma. Desde Primo Levi, con sus escritos sobre los campos de concentración, nos encontramos con la ética de no olvidar. La memoria no es un saber inútil, es el espacio de la subjetividad. La memoria es el modo de tener una historia, pero también permite separarse de ella, cuando la historia nos atraviesa con su carga de sufrimiento. Para poder separarse de la historia, ya sea individual o colectiva, hay que pensarla, saber lo que tiene de recuerdo encubridor, de olvido y de mito. La memoria, decía Ortega, es un ejercicio de generosidad sin el cual no hay futuro.

- **Inconsciente.** Clara Valverde nos habla de la transmisión inconsciente del trauma, de la atmósfera en la que los descendientes hemos ido construyendo nuestro discurso, nuestras identificaciones. Ese inconsciente es un saber que no se sabe. Es ese lugar donde las palabras no están disponibles, al que el sujeto no puede acceder si no es por medio de sus síntomas. Tiene un pie en el simbólico, porque representa ese lugar opaco donde algo que está inscrito, se desconoce. Allí habitan las marcas de la herencia, herencia de palabras, de silencios, de afectos, de los mitos familiares, del programa que nos comanda extraído de nuestra historia y de la de nuestros padres, allí se encuentran los trazos de la huella traumática que atrae para sí, en tanto significación absoluta, el sentido de los acontecimientos de la vida. Pero el Inconsciente tiene también, un pie en lo real que de vez en cuando retorna a la manera de las crisis de angustia, de las pesadillas de repetición, de los miedos irracionales. Así es ese lugar al que el sujeto nunca podrá acce-

der en su totalidad, donde encontrara algo de la falta de sentido, del encuentro con el agujero en la simbolización.

¿Qué hacer con esto? Hay que desear leerlo. Pero ¿Cómo desear leer algo así? Leer el inconsciente es, si me permiten decirlo así, una elección forzada. O sabemos o gozamos en esa vertiente del goce mortificante que el psicoanálisis señala, algo que nos viene a situar más allá del principio del placer; o conocemos o arrastramos en nuestra existencia el peso de nuestros síntomas. Clara apunta certeramente a la epidemia de las adiciones, a los numerosos trastornos depresivos, a las anorexias. Daños en el cuerpo cuando el sufrimiento no ha sido nombrado.

En 1947, Lacan iniciaba su texto, La psiquiatría inglesa y la guerra, recordando que una visita a Londres en el año 1945, coincidiendo con el día de la victoria, paseaba por un Londres en ruinas, desescombrado con esmero por sus habitantes y testimoniaba de la siguiente experiencia.

*La guerra me había dejado un vivo sentimiento del modo de irrealidad bajo el cual la colectividad de los franceses la había vivido de principio a fin.*

Se explica, no me refiero a las ideologías que potenciaron delirios de grandeza, parientes, dice de las chochees seniles, *Quiero más bien hablar del desconocimiento sistemático del mundo en cada uno, esos refugios imaginarios en que, como psicoanalista, solo podía identificar para el grupo, presa entonces de una disolución verdaderamente aterradora de su estatuto moral, esos mismos modos de defensa que el individuo utiliza en la neurosis contra su angustia, y con un éxito no menos ambiguo, también paradójicamente eficaz, y que sella del mismo modo, ¡ay! un destino que se transmite a través de generaciones.*

Leemos pues el inconsciente cuando nuestras defensas han sido perturbadas

Pensamos las sociedades democráticas como unas sociedades que no abandonan a sus ciudadanos, que no los desasisten. Un nuevo tiempo parece arrasar los valores morales de la vieja Europa. Se pone de manifiesto con la caída del ideal de bienestar social que se construyó en nuestro continente a costa de ríos de sangre. Lo que re-

torna de lo reprimido, es un nuevo estatus del lazo social. Es una nueva concepción del individuo donde ni siquiera permanece su valor como fuerza productiva. Reducidos a meros consumidores, la publicidad habla de las nuevas oportunidades de negocio, la dinámica social empuja a la degradación del sujeto. Hay un giro posible en este paradigma de los mercados, siempre es posible pasar de consumidores a consumidos, cosificar a los sujetos, degradarlos a su valor de mercancía.

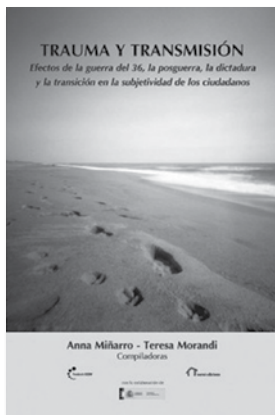
Lacan hablaba en este párrafo que os he citado de la degradación moral del pueblo francés, contraponiéndolo a la organización de la sociedad inglesa de la que dice que se sostiene por una relación verífica con lo real.

A la luz de los tiempos la propuesta de Clara Valverde nos indica que hay otra manera de leer lo que paso en nuestro país. Hay la manera política, la lectura de las correlaciones de fuerza, de los grupos de presión, de las reacciones agresivas de unas formas de relación social que se

sintieron amenazadas en sí mismas por el paso de los tiempos, por los fantasmas que arrasaban Europa. Pero también podemos confrontarnos a los acontecimientos desde nuestro propio saber, apoyarnos en los datos de la historia silenciada, buscarnos como descendientes. Es la lectura subjetiva de aquellos que, intuyendo y conociendo las marcas que este tiempo dejo en su acontecer diario, en los momentos de miedo de la infancia, de las preguntas sobre la manera de hacer de sus progenitores, los temas prohibidos, las alarmas familiares, pueden ir bordando poco a poco con palabras, el agujero de lo innombrable. Así podríamos acercarnos al momento de concluir, que otros países, han afrontado con las comisiones de verdad, justicia y reparación.

**Teresa Colomer**

Psicoanalista, Escuela Lacaniana, Zaragoza.



## Trauma y transmisión. Efectos de la guerra del 36, la posguerra, la dictadura y la transición en la subjetividad de los ciudadanos.

Autoras: Anna Miñarro y Teresa Morandi  
 Edita: Xoroi Ediciones • Barcelona 2012 • 200 págs.  
 ISBN: 978-84-9007-340-7

El libro que presentamos es el primer trabajo que se realiza sobre un tema congelado en la mente de todos los ciudadanos del Estado Español, de Europa en general y de Cataluña en particular: los efectos de un golpe de estado, una guerra civil y una represión despiadada realizada durante el equivalente a más de dos generaciones.

Esta represión, fue borrada mediante este procedimiento político que se activó a lo largo de los años setenta consistente en esto que recibe el nombre de *la transición pacífica hacia la democracia que nos dotamos los españoles mediante la reconciliación nacional de los dos bandos en lucha...*



A los españoles les resulta muy familiar desde el inicio de los años ochenta haber visto sentados en tribunales de honor, consejos de guerra o en juicios caracterizados por una extrema dureza a los militares de las dictaduras argentina, uruguaya, chilena y también haber visto repetidas veces en la televisión películas tan magníficas como brillantes con títulos relativos al Juicio de Nuremberg, el derrumbe de Hitler, o las celebres fotografías de Mussolini, Claretta Petacci, y otros dirigentes del fascismo italiano colgados cabeza bajo en los días finales de la II Guerra Mundial en el norte de Italia. Son imágenes casi cotidianas y familiares.

Contrasta con la ominosa *transición democrática que nos dimos los españoles...* Esta *Transición* nos ha impedido ver sentados en consejos de guerra los generales franquistas que fueron partícipes de todo un legado de desapariciones, torturas, asesinatos y consejos de guerra, etc. que sin ningún miramiento crearon un clima de pánico generalizado. Se hacía necesario desterrar como fuera la época de la República Española, la única en cinco siglos que había inclinado un poco la balanza de la historia a favor de las clases populares. Para que las oligarquías siguieran mandando 500 años más se hacía de todo punto imprescindible grabar con la psicocirugía de la violencia política *que no hubo régimen político peor que la nefasta Republica Española*.

No, los habitantes de la piel de toro no hemos tenido la alegría de ver la práctica de la justicia que es el fundamento mínimo de cualquier posibilidad real de reconciliación. Cualquier persona que se pasee por muchos pueblos y plazas de la España actual verá que el clamor de Espriu, –ahora que conmemoramos su centenario– es imposible: las plazas y calles siguen llenas de monumentos, placas, nombres, e hitos de conspicuos dirigentes de la dictadura fascista de Franco.

Este trabajo compilado por Anna Miñarro psicóloga y psicoanalista catalana y Teresa Morandi psicóloga y psicoanalista argentina de origen y catalana por vocación y adopción nos coloca juntamente con los demás autores que participan (Ricard Vinyes, Margalida Capellà, Cecilia Lewintal, Wilma Schwarz, Joan Pijoan, Cinta Arasa, Ma-

ria Barbal e Isabel Núñez) en la vía de empezar a pensar desde una perspectiva autóctona en las consecuencias de los avatares y horrores políticos que marcan con hierro candente el siglo XX en nuestros lares.

Habitualmente se dice: este libro nos pone *la miel en la boca...* aquí hemos de decir que nos pone un vaso de hiel para que lo vayamos bebiendo a tragos lentos y vayamos conociendo los efectos de algo que prácticamente sólo se ha estudiado en el caso de los descendientes del exterminio nazi y en mucha menor medida de los descendientes de las víctimas de las dictaduras del Cono Sur: *el problema de la transmisión transgeneracional*, que se acompaña indefectiblemente con el silencio que opera como síntoma social y que confronta a elementos tan esenciales para el equilibrio psíquico de las personas cómo son las historias familiares, la memoria, el significado que tiene la relación de la memoria con la verdad, y el viscoso problema del olvido.

– El vaso de hiel lleno hasta arriba nos va llevando de la presentación de Miñarro y Morandi al artículo de Vinyes sobre *La pacificación de la memoria pública entendida como una política*. Observamos la contradicción que este autor plantea: la actividad de la pacificación se explicita en la práctica como una actividad directamente *violenta*: sólo hace falta seguir leyendo para ver la expresión radical de esta violencia pacificadora expresada en la contribución sobre *El problema de los desaparecidos* que plantea desde el punto de vista jurídico y político Margalida Capellà.

– Siguen a continuación dos trabajos de Teresa Morandi sobre *violencia, trauma y duelo* el primero y sobre *la Transmisión psíquica del trauma a los sujetos y entre generaciones...* todo deja huella en el psiquismo y tarde o temprano vuelve a emerger. Según mi opinión lo más importante de los dos trabajos de esta autora es que nos obliga a reflexionar sobre una palabra tan maltratada y mal utilizada como la palabra *violencia*. Todo lo que se desprende en sus contribuciones parte del análisis de esto tan incómodo pero tan absolutamente real en todos los ámbitos de la vida cotidiana que es la presencia permanente de diferentes violencias,

que se entran y articulan en las mentes de las personas que las practican y las personas que las sufren.

- A continuación un trabajo específico sobre *mujeres, represión e invisibilidad* realizado por Anna Miñarro. El título lo dice todo. Ser mujer de clase baja y nación oprimida como nos enseñó a decir Maria Mercè Marçal una de nuestras poetisas nacionales, era un peligro que se había de liquidar no por la vía de la estricta represión política sino también por la directa vía de la denigración sexista, la invisibilidad de sexo-género y la represión individualizada orientada a devolver a cualquier mujer a la única condición que un régimen militar – teocrático puede considerar: *la mujer, pata quebrada y en casa*.
- Lewintal nos habla del síntoma principal por bien que no el único: el silencio. Por eso titula su trabajo *Un silencio a voces*. Porque detrás de los silencios provocados por el exterminismo fascista, el silencio habla, pero no por la vía de la música callada de San Juan de la Cruz, sino por la vía de todo aquello que ni puede ser pensado ni dicho porque puede desencadenar algo inexpresable e irrepresentable que conecta directamente con la vivencia de la muerte más terrorífica.
- A continuación, Maria Wilma Schwarz nos sitúa los problemas relativos a como las cosas son explicadas en su trabajo *Testimonio, historia y memoria*. Transmisión a título individual, transmisión a título colectivo, registro que, como la partitura de un pianista se instala en el papel pautado de la memoria, esta partitura tan abierta como lo pueden ser cualquier de las obras para teclado de Beethoven o Bach a la vez de ser interpretadas.
- En el trabajo siguiente, Joan Pijoan, nos habla sobre *La reconstrucción de los lazos deshechos* donde se estudia todo el problema de la ruptura de los vínculos conscientes e inconscientes sobre el que se sustentan las relaciones humanas tanto las objetivas como las familiares e interpersonales y la extrema dificultad de su reconstrucción cuando los fenómenos políticos y sociales que venimos citando los rompen dejando en todos sus par-

ticipes cicatrices que, en contra de lo que se dice habitualmente de que el tiempo todo lo cura, nada es curado por el paso del tiempo. La reconstrucción de los lazos deshechos resulta en la práctica un trabajo si no imposible directamente prometeico.

Cuando pasan los hechos que son la causa dramática y lejana del libro que ahora presentamos, la gente huye, se exilia, y esto les conduce directamente a tener que reconocer su identidad. La presencia del otro distinto en un marco social y simbólico diferente, es decir, el exilio nos dirige directamente al planteamiento de las preguntas esenciales que los seres humanos nos formulamos. Son las preguntas que Lohengrin prohibió que Elsa le formulara: ¿Cómo te llamas? ¿De qué nación eres? ¿Qué haces?... Es lo que Anna Miñarro plantea en las páginas que escribe sobre *Identidad, exilio y salud mental*. Ya sabemos que cuando estas preguntas no se pueden formular nada acaba bien, como pasa en el Lohengrin de Wagner.

El libro presenta también unas *notas sobre el testimonio escrito en Cataluña del 1936-1939* realizado por Cinta Arasa: otra vez las voces que hablan de un periodo silenciado y violentamente reprimido, convertido en inexistente. Cataluña aplasta la revuelta fascista, ocupa las fábricas y las tierras, y se convierte en el auténtico apoyo de la República Española. Y no solamente apoyo logístico sino también simbólico y humano. Los catalanes pagaron un precio alto en vidas humanas tanto en los bombardeos en sus ciudades, como posteriormente a la Batalla del Ebro, para sólo poner dos ejemplos. Este periodo ha sido directamente negligido en las cabezas de las gentes durante demasiadas décadas.

– Maria Barbal, nos habla como escritora sobre como la literatura conecta en los personajes de ficción, la relación entre *Literatura: la memoria particular y la reflexión general*. Nos habla de como el escritor a través de su actividad literaria puede construir personajes que sean la condensación de rasgos de carácter y portadores de categorías sociales que son la encarnación en una vida concreta y ficticia del drama de la historia. Isabel Nuñez nos habla también del escribir y de la memoria y el olvido



en sus implicadas reflexiones sobre *Escritura, memoria y olvido*.

– Finalmente, Anna Miñarro y Teresa Morandi cierran el texto en el trabajo *Hacer memoria: lo que todavía queda para hacer*. Es decir, todo.

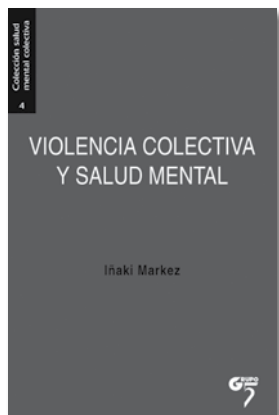
El texto se acompaña de poemas de los mejores poetas catalanes contemporáneos que cuando sean leídos en catalán en la versión lengua castellana servirán –esperamos– para tender los puentes que tan insistentemente reclamaba Salvador Espriu. Un acierto de las personas que han escrito este trabajo.

Finalizado el texto, las bibliografías que los autores nos presentan nos muestran hasta qué punto hemos desconocido la verdad del viejo adagio popular: *todo vuelve*. Si, el regreso de lo reprimido, de la pulsión por saber, de la lucha por la verdad.

Ahora que conmemoramos los 200 años del nacimiento de Wagner que hemos citado anteriormente, en una de sus obras más significativas, *el anillo del Nibelungo* nos muestra que todo acaba volviendo a sus orígenes, todo vuelve al lugar de donde salió. Un texto para meditar para que, nos ayude a pasar del hablar manifiesto del silencio a la interpretación del hablar latente, escondido de la realidad histórica, de la restauración de la memoria del dolor y de la superación no fundada en la represión sino constituida sobre la restauración vital y psíquica de todos sus protagonistas a lo largo de mucho tiempo.

**Oriol Martí**

Médico-Psicoanalista. Barcelona.



## Violencia colectiva y salud mental: contexto, trauma y reparación.

Autor: Iñaki Markez (Coord.)

Edita: Grup05. Colección Salud mental colectiva • Madrid, 2014

ISBN: 978-84-942579-6-4 • 275 págs.

Como señala en el Prólogo Manuel Desviat, este es un libro valiente. Supone coraje sumergirse, desde la perspectiva de unos profesionales de la salud mental, en un universo tan enredado como es la violencia colectiva, sin las defensas de las clasificaciones internacionales ni de alguna creencia sesgada. Hace falta valor y compromiso profesional y social para interrogar el juego especular entre el bien y el mal, entre el

yo y el otro, del sujeto a la globalidad del mundo; para disecar argumentos psiquiátricos, psicológicos, sociales, antropológicos, filosóficos, políticos, con la ambición de llegar a las distintas conjeturas y entresijos, soterrados o explícitos, que intentan dar razones a una conducta humana que quiebra la Humanidad, el bien común; sobre todo si se escribe, como lo hacen los autores, desde un territorio asolado por la

violencia. Este libro habla del impacto de la violencia en términos colectivos, de su impacto en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, y sobre todo de los modos de recuperación de las personas afectadas mediante los procesos de atención a las víctimas y su reparación. Esa es la experiencia de Iñaki Markez, Francisco Rodríguez Pulido, Olatz Barrenetxea, Neus Bartrolí, Itziar Gandarias, profesionales especializados, desde el campo de la psiquiatría, la psicología y la docencia, en personas víctimas de la violencia colectiva.

En el proceso de paz actual, si aspiramos que llegue a cotas importantes, habrá que desarrollar iniciativas hacia la reconciliación, estrategias encaminadas hacia la convivencia democrática, la superación de las razones del conflicto y reparar las consecuencias de las violaciones de derechos humanos, dar soluciones a los efectos más severos en todas sus víctimas sin distinciones. Nos guste, más o menos, ahí al lado tenemos el lema de Naciones Unidas, “todos los derechos para todas las personas”, lema del 60 aniversario de la Declaración Universal de los DD.HH.

Para un proceso de reconciliación, tanto la normativa internacional como el sentido común señalan que es esencial conocer qué ha pasado y por qué. Necesitamos conocer aspectos conceptuales sobre las diferentes violencias (colectiva, política o social), conocerlas en diferentes contextos, conocer los datos epidemiológicos relativos a afectados y a víctimas, conocer la incidencia de la violencia en la comunidad, grupos de riesgo y los diferentes trastornos mentales que afectan a un buen número de personas, conocer los mecanismos de traumatización y la reconstrucción misma del impacto traumático. Pero también precisamos de un discurso sobre la violencia colectiva, sobre el trauma, sobre la reparación, sobre cómo afrontar tanto sufrimiento padecido.

En los procesos de reconciliación, el lenguaje juega un papel distorsionador provocando cortes en la comunicación. El lenguaje lleva intrínsecamente una carga ideológica, una manera de entender el mundo. El uso de un lenguaje respetuoso que considere la opinión y vivencias de la “otra persona” permitirá la cercanía y la comprensión mientras que un lenguaje centrado en las diferencias no permitirá la comunicación ni el entendimiento y será un obstáculo para la construcción de la paz.

Este libro trata de ayudar a ese lenguaje comprensivo, habla del impacto de la violencia en términos colectivos, su extensión y su diversificación en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, de los modos de recuperación de las personas afectadas mediante los procesos de atención a las víctimas y su reparación, lo cual también es un desafío para la defensa de los derechos humanos y la salud pública.

Libro que recoge varios capítulos relativos a la violencia colectiva, a su impacto en sus víctimas directas, y los desafíos que han de afrontar los profesionales de la salud mental en sociedades polarizadas por la violencia. Pretende ser un recurso para la reflexión y herramienta de trabajo para quienes en su experiencia práctica tratan de plantear aportes constructivos con los que entender los mecanismos y efectos de la violencia.



## No es posible no comunicar.

Autor: Paul Watzlawick

Edita: Herder Editorial • Barcelona, 2014 • 378 págs.

ISBN: 978-84-254-3099-2

“... una persona recibe diez mil impresiones sensoriales por segundo. Resulta evidente, por lo tanto, que se necesita efectuar un proceso drástico de selección para impedir que los centros cerebrales superiores se vean inundados por información irrelevante. Pero, aparentemente, la decisión en cuanto a qué es esencial y qué es irrelevante, varía de un individuo a otro y parece estar determinada por criterios que, en gran medida, quedan fuera de la conciencia. Probablemente la realidad es según como la vemos o para decirlo con las palabras de Hamlet: «[...] porque no hay nada ni bueno ni malo que no lo hagamos tal con sólo pensarlo».

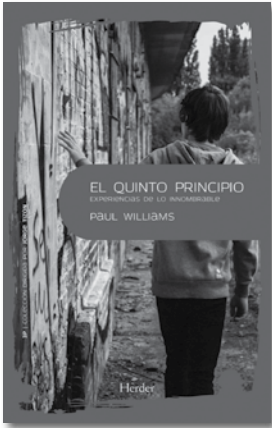
Uno de los cinco axiomas que estableció Paul Watzlawick en su teoría de la Comunicación fue “No es posible no comunicar”, que ahora da título al nuevo libro que publica Herder Editorial. Watzlawick (1921-2007), psicólogo y filósofo de origen austriaco, es una de las figuras clave en el desarrollo de la Teoría de la comunicación humana y del constructivismo, así como una referencia en el campo de la terapia familiar y sistémica. Tras su paso por el Instituto C. G. Jung en Zúrich y la Universidad de El Salvador, fijó su residencia en EE. UU., donde colaboró en el Mental Research Institute de Palo Alto y fue profesor en la Universidad de Stanford.

“No es posible no comunicar” es una recopilación de textos en los cuales Watzlawick abordó a fondo la comunicación, y que han sido extraídos de algunos de sus libros más destacados: *Teoría de la comunicación humana* (1969), obra central; *Cambio* (1974), que se ocupa de la transforma-

ción humana; *El lenguaje del cambio* (1977), en el que intenta mostrar el camino de la libertad y la autonomía del individuo y, finalmente, *La coleta del barón de Münchhausen* (1988), donde recopila sus lecciones y conferencias. Algunos textos de estos han sido verdaderas guías en la formación de terapeutas de familia y de grupo.

El constructivismo radical de Watzlawick niega la existencia de una verdad absoluta. Al mismo tiempo, nos alerta sobre el impacto de los medios de comunicación en el comportamiento humano: “han llegado al punto de lavarnos el cerebro como ningún gobierno totalitario consiguió jamás”. Según el autor, no encontramos la realidad, sino que la creamos. Nuestra percepción de la misma es pura construcción subjetiva, y, por tanto, modificable.

El autor nos ofrece métodos para analizar situaciones confusas, suavizar conflictos y aclarar diferencias de opinión. Capítulos con proposiciones, sobre casos patológicos y prácticos, las paradojas, los lenguajes, los síntomas y las alternativas, etc. están presentes. También nos sitúa que no podemos esperar fórmulas y recetas definitivas, puesto que la infinita diversidad de la vida nos obliga a reaccionar de un modo diferente y nuevo en cada ocasión. Sin embargo, podemos entender en qué consisten los problemas. La realidad es el resultado de la comunicación y “de la realidad solo podemos saber lo que no es”.



## El quinto principio. Experiencias de lo innombrable.

Autor: Paul Williams

Edita: Herder Editorial • Barcelona, 2014

ISBN: 978-84-254-3204-0

¿Puede sobrevivir un niño sin amor?

“Aunque en ocasiones había comenzado a sentir tendencias suicidas, el miedo me impidió que me matara. En su lugar, mataba el tiempo. Mis movimientos se volvían lentos. Ya no tenía adónde ir, de modo que podía ir adonde quisiese. Caminaba lentamente hacia El Bosque, me tendía en el césped o vagaba por las calles durante horas para demorar mi retorno a casa. Evocaba una visión de descanso en la que permanecía tranquilamente echado, callado, perfectamente inmóvil; sin gente, sin ruidos, sin sonido alguno, ni siquiera el de la respiración, solo la caricia del aire puro, fresco, un cielo en tonos pastel y el silencio. A veces, una nana que yo había oído a mi padre cantarle a Patricia a su regreso del bar iba a la deriva en la brisa”.

Herder Editorial presenta, *El quinto principio, experiencias de lo innombrable*, del psicoanalista británico Paul Williams, un relato en primera persona sobre la capacidad de las personas de resistir ante los entornos más hostiles. Es un libro algo diferente dentro de la *Colección 3P* (Psicopatología y Psicoterapia de la Psicosis) que dirige Jorge Tizón, no solo por el formato reducido (123 pp.) y ser una obra literaria en primera persona, sino también porque se dirige, a todos los públicos, pues pretende contribuir a un cambio de perspectiva social y cultural sobre las psicosis.

El autor, Paul Williams, es psicoanalista y formador de la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Fue psicoterapeuta en el British National Health Service hasta 2010 y profesor en diversas universida-

des del Reino Unido e Irlanda. También entre 2001 y 2007, fue coeditor del *International Journal*.

*El quinto principio* trata de un relato sobre las experiencias de la niñez del autor, que nos muestra qué estrategias internas puede sobrevivir una mente infantil al sufrimiento causado por el maltrato. JL Tizón realiza el prólogo y no es casual que lo titule *intentar hablar de los infiernos inefables de la infancia*.

El libro no es una autobiografía, ni la historia clínica de un individuo. Es una obra literaria que narra aspectos de la niñez del autor – desde su nacimiento hasta los ocho años-, en un intento por explicar las estrategias de las que se vale una mente para sobrevivir en circunstancias extremas de miedo, exclusión y ataques emocionales. Narra cómo no desintegrarse ante los sufrimientos provocados, en buena medida, por quienes debían cuidar del niño, por quienes deben cuidar de la infancia.

“El único aspecto de la situación que podía cambiar era yo mismo”. Gracias a *cinco principios* que fueron desarrollándose en su mente, ese niño no solo logra sobrevivir y mantenerse cuerdo, sino que llegó a convertirse en una persona de talento y un profesional reconocido. Este libro describe la dolorosísima, titubeante y contradictoria vía para forjar un “quinto Principio” que le permitió vivir sin negar el pasado y, al mismo tiempo, sin encadenarse a él.

Página final: Apéndice. Los cinco Principios: (...) 5. ¡A la mierda!



## Relaciones tóxicas: acoso, malos tratos y mobbing.

Autor: Gregorio Armañanzas  
Edita: Ediciones Eunate, 2013 • 244 págs.  
ISBN: 978-84-7768-246-2

La originalidad del texto radica en el estudio que hace el autor de la relación que vincula a acosados y acosadores. Aporta información para entender estas relaciones que califica de “tóxicas”, también para librarse de ellas o para hacerlas sanas. Las situaciones de acoso y malos tratos conllevan sutiles relaciones entre acosador y acosado que es necesario conocer para liberarse de ellas.

Utiliza un lenguaje sencillo, introduce relatos para acercar conceptos de la psicología profunda que ayuden a responder a preguntas sobre el tema, como, ¿por qué los acosados tras romper una relación de ese tipo suelen volver a establecer nuevas relaciones en las que también sufren acoso? ¿Qué les hace soportar estas conductas en silencio? ¿Por qué los que sufren el acoso tardan tanto tiempo en ser conscientes de ello? ¿Por qué la víctima vive en silencio estas conductas durante mucho tiempo?

Ya en el Prólogo, Roberto Inocencio advierte de la dificultad de para hablar hoy día de víctimas pues son muchas las personas que se pueden presentar como víctimas, Víctimas que padecen violencias de muchos tipos. Sin negar la veracidad de los testimonios de las víctimas, el autor reflexiona a través de su intervención de escucha con las personas y sus relaciones a pesar de de esos interrogantes mantenidos: ¿Cómo es posible que la persona maltratada insista en su relación con el mismo u otro maltratador? ¿Por qué sin saberlo se implica en lo que le perjudica? Nos creemos buenas personas, creemos que el fondo humano ofrece sus límites a la maldad, y

eso impide reconocer las formas de hacer daño, a nosotros mismos o a otros semejantes.

Tras la lectura del texto, el lector dispondrá de herramientas para desentrañar la complejidad de las relaciones tóxicas más allá de los estereotipos habituales. El libro nos adentra en temas complejos, de difícil abordaje. Posiblemente las cualidades del autor como psiquiatra, psicoterapeuta, coach, psicodramatista, con gran experiencia clínica y grupal, nos permiten acercarnos a las relaciones de acoso, malos tratos y mobbing. Su identificación y definición, con sus matizaciones, los mecanismos actuantes (relación de amor y odio, identificación con el agresor, la proyección en los otros, la denegación, etc.) nos permite un mejor conocimiento de estas relaciones, y tratar de comprender más allá, en las relaciones sociales que se acompañan de poder, dominio o destrucción de otras personas. Nos lo ejemplifica con testimonios de personas-víctimas de unas circunstancias fuera de su control, y también apoyándose en la literatura, en su experiencia profesional y en vivencias personales. Sin olvidar a la mirada a los niños que viven en situación familiar de maltrato, que con frecuencia pasa desapercibida, invisibilizada. Dedicó su reflexión a los hijos, a situaciones de acoso en las aulas, mobbing... como también dedica varios capítulos al maltrato moral, al vínculo entre persona acosada y acosadora, los sentimientos de culpa, el síndrome de Estocolmo o las estrategias de control.

Un buen recurso este libro.

# Agenda

14 al 18 de septiembre • Madrid

**XVI World Congress of Psychiatry: Focusing on access, quality and humane care.**

Organizan: Asociación Española de Neuropsiquiatría/ Profesionales de Salud Mental (AEN), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).

[www.wpamadri2014.com](http://www.wpamadri2014.com)

→ 14 al 18 de julio • Santander

Seminario Internacional Universidad Menéndez Pelayo. Colabora: Fundación Castilla del Pino.

***“Los sentimientos básicos: el amor y el odio en las relaciones interpersonales”.***

Información: [http://www.uimp.es/agenda-link.html?id\\_actividad=622N&anyaca=2014-15](http://www.uimp.es/agenda-link.html?id_actividad=622N&anyaca=2014-15)

→ 31 de agosto al 5 de octubre • Rovinj (Croacia)

19th International Congress for Group Psychotherapy and Group Processes.

<http://www.iagpcongress.org/>

→ 24 - 26 de octubre • Murcia

XXIX Reunión Congreso de la Asociación Española de Psicodrama (AEP).

***“El psicodrama como herramienta aplicada”.***

<http://aep.fidp.net/>

→ 31 de octubre • Tenerife

XVII Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y salud Mental (ACN).

***“Clínica, gestión e integración”.***

→ 6 - 8 de noviembre • Málaga

11º Congreso de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental-AEN.

***“Tiempos nuevos, tiempos salvajes: Resistencia y Salud mental”.***

→ 20 - 22 de noviembre • Madrid

XIX Curso Anual de Esquizofrenia: ***“Instituciones, delirios y terapias”.***

[www.cursoesquizofrenia.com](http://www.cursoesquizofrenia.com)

---

→ 29 abril al 3 de mayo de 2015 • Santiago de Chile

X Congreso Iberoamericano de Psicodrama, Congreso de la Federación Iberoamericana de Psicodrama.

Información: <http://www.psicodrama2015.com/ws/>

# Normas de publicación

La Revista NORTE de Salud Mental considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de NORTE de Salud Mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

## Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de NORTE de Salud Mental: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org), o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional,

centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. 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 (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

## Artículos de revistas

- Artículo normal  
Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.  
Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.  
Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).
- Autor institucional  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.
- Sin nombre del Autor  
Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

## Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales  
Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores  
Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- Indicación de una organización como autor editor  
Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.
- Capítulo de un libro  
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos  
Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
- Original presentado en un congreso  
Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.  
MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.
- Tesis doctoral  
Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

## Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico  
Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
- Material audiovisual  
HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- Diccionario y obra de consulta semejantes  
Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 19995. *Apraxia*; p. 119-20.

## Trabajos inéditos

- En prensa  
Leshner Al. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

## Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico  
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:  
URL: [www.cdc.govncidod/EID/eid.html](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.html)

# Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual será de 100 euros (profesionales en formación 50%). Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña ..... profesional de la Salud Mental,

con título de .....

que desempeña en (Centro de trabajo) .....

y domicilio en ..... Población .....

C.P. .... Provincia ..... Teléfono ..... Correo electrónico .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña. ....

D./Dña. ....

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre ..... Dirección .....

Banco/Caja de ahorros ..... Sucursal .....

Cuenta nº ..... Población .....

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En ..... el ..... de 20 .....

Firma:

Revista de:



Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

Associació Valenciana  
de Neuropsiquiatría  
(AEN-PV)

Asociación Extremeña  
de Neuropsiquiatría  
(AExN)

