

PARA LEER

LIBROS



LAURIE N. GOTTLIEB. *Cuidados de enfermería sobre la base de los puntos fuertes: Un modelo de atención para favorecer la salud y la curación de la persona y la familia.*

lil. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2015. 784 pp. ISBN: 978-84-33027-79-5

En el enfoque sanitario actual se valora lo que se puede medir. Este libro va en contra de esa tendencia. Cuidar de otras personas, ser testigos de sus sufrimientos, encontrar formas de ayudarles a mantener su salud, aliviar sus sufrimientos y restablecer la integridad, son aspectos todos ellos que con frecuencia no pueden ser cuantificados. Tales esfuerzos eluden los cálculos y los costes monetarios. No se pueden traducir en euros, pero sí se traducen en el conocimiento de que un extraño, en este caso una enfermera, ha conmovido y ha transformado la vida de otra persona.

Sabemos que, en el ejercicio de la enfermería, el aspecto relacional es inherente al cuidado y por ello, este libro se convierte en un manual de obligado cumplimiento para las enfermeras noveles y de gran utilidad para las no tan noveles ya que les proporcionará las habilidades y la imaginación clínica necesarias en los cuidados a los pacientes. Además, me atrevería a decir que es muy recomendable para ser leído por aquellas personas que se esfuerzan por remodelar los sistemas de salud y que intentan reducir los costes sanitarios con una nueva cultura sanitaria, a la larga más rentable, en la que además se reconozca la dignidad de las personas y se respete el espíritu humano colocando a la persona como el centro y el núcleo esencial de los cuidados.

Y, en esta labor, las enfermeras tenemos el poder de marcar la diferencia.

Nos encontramos ante un libro inteligente, escrito con una claridad excepcional, muy fácil de leer y de gran utilidad, ya que a través de unas esclarecedoras historias que nos presentan unas enfermeras expertas se nos muestra un reflejo de lo que, desde el corazón mismo de la enfermería práctica, entendemos que es el ejercicio de la enfermería. Esos relatos, espléndidamente ejemplificados, nos ponen en contacto con el modelo de atención sobre los puntos fuertes o modelo SBC (por sus siglas en inglés Strengths-Based Care). En la atención sanitaria el enfoque sobre la base de los déficits continúa siendo el modelo dominante de atención. Esto no tiene nada de sorprendente, dado que en la mayoría de las profesiones sanitarias se nos ha formado para tratar problemas, corregir debilidades y minimizar déficits. Con el diagnóstico pretendemos interpretar y etiquetar el problema, mientras que con el tratamiento intentamos borrar del mapa la patología, minimizar o eliminar el agente patógeno. Pero ello no es más que un aspecto en el proceso de curación. Ambos términos, tanto salud como curación, requieren de unos conocimientos y unas habilidades que van más allá de los déficits. Requieren extraer su visión de diversos cuerpos de conocimientos, de las humanidades y de las ciencias físicas, sociales, médicas y de enfermería. Solo cuando las enfermeras reconozcamos la necesidad de disponer de diferentes tipos de conocimientos procedentes de muchas fuentes distintas estaremos preparadas para afrontar las vulnerabilidades y fragilidades de los pacientes, y junto con ellos, poder llegar a un nuevo sentido de la integridad y de la salud.

Este manual deja claro que debemos desmarcarnos de una causa única en la explicación de la enfermedad, y que, por el contrario, debemos acercarnos a un modelo ecológico que tenga en cuenta todas esas fuentes de saber y vea al individuo de una manera holística. Muchas veces nos centramos en identificar lo lejos que el paciente o la familia están de esas expectativas “normativas” de salud, y eso es una perspectiva estrecha respecto de un problema o de un déficit. El modelo SBC nos lleva a una perspectiva más amplia respecto al todo. Posee una disposición más ecológica ya que pone en primer plano los puntos fuertes de la persona y la capacidad que tiene el cuerpo de repararse él mismo cuando el entorno favorece y contribuye a la salud.

El momento y contexto de la situación se convierten en primordiales en este modelo. Así, se trataría de identificar las posibilidades situacionales de pacientes, usuarios y familiares concretos en momentos concretos, ante la experiencia de verse enfrentados a unas dificultades concretas. La persona, los familiares y la comunidad son situados pues en el centro del contexto y de la historia de sus vidas, con sus muchas facetas, estratos y complejidades.

Como la propia doctora Gottlieb señala, el acento en los puntos fuertes no implica ignorar debilidades, ni subestimar las vulnerabilidades de la persona. Tampoco implica redefinir los problemas y los puntos débiles en términos de puntos fuertes, sino que implica comprender el todo. Tiene que ver con encontrar los puntos fuertes y reconocer que éstos coexisten con los débiles, descubriendo el equilibrio entre unos y otros, y viendo de qué modo se interrelacionan entre sí para favorecer la salud y/o la recuperación. Implica descubrir y valorar los puntos fuertes en medio de los problemas y trabajar con los puntos fuertes para mitigar la vulnerabilidad.

Ahora bien, el enfoque SBC también pone de relieve la importancia de contextualizar en el sentido que ya expresaban los antropólogos cognitivos Jean Lave y Etienne Wenger con el concepto de “aprendizaje situacional”: lo que era un punto fuerte hace un mes, puede no serlo en el contexto actual y no deberíamos considerarlo como tal.

Adoptar el modelo SBC supone dar esperanza porque genera en las personas una sensación de autonomía y empoderamiento. Las personas acaban convenciéndose de que tienen la capacidad de generar cambios, de ejercer control sobre sus vidas y de redefinir el pasado con objeto de crear un futuro más deseable. Es más probable que decidan hacerse cargo de su salud cuando se les trata como colaboradores de sus propios cuidados, cuando tienen un cierto grado de confianza en sí mismos, y cuando se les ayuda a creer que lo pueden hacer porque tienen los puntos fuertes requeridos o les ayudamos a desarrollar las actitudes necesarias. El modelo SBC ayuda a las personas a comprender que, aunque no elegimos enfermar ni vernos afectados por ninguna tragedia, sí tenemos la capacidad de elegir cómo afrontamos lo que nos ha sucedido. Muy similar al modelo de la marea, el modelo de los puntos fuertes nos enseña a las enfermeras a dar a los pacientes y a sus familias las herramientas para mejorar su salud. Eso implica que debemos conocer tanto a los individuos como su situación, de modo que podamos colocar sus problemas dentro de contexto y conocer sus puntos fuertes con el objeto de encontrar la forma de rentabilizarlos y movilizarlos para contribuir a la salud, aliviar el sufrimiento y ayudar a la recuperación.

Se trata de un libro fácil de leer pero que lleva a una reflexión profesional y personal que pone en solfa las habilidades relacionales que ponemos en uso en el ejercicio de nuestra profesión. Nos hace replantearnos cómo y de

qué manera nos relacionamos con los otros, en tanto que seres humanos, ya sea dentro de nuestras familias, comunidades o lugares de trabajo, y en nuestros diferentes papeles y roles. Asimismo, este modelo basado en los puntos fuertes revela muchas cosas respecto de la propia enfermera, y de cómo ésta elige expresar su humanidad: “lo que se ve en el trabajo es a la propia persona”.

El libro está organizado en 3 secciones: La parte I expone las bases teóricas y conceptuales del modelo SBC. La parte II analiza las herramientas y estrategias básicas para el ejercicio de la enfermería. Y la parte III describe en qué consiste trabajar con los puntos fuertes en la práctica.

El modelo SBC, que de manera tan amena nos explica este libro, nos acerca al verdadero poder, el cual reside en tener la capacidad de oír la voz de los que no la tienen. El modelo nos invita a aceptar las inevitables vulnerabilidades asociadas al hecho de ser humanos y tropezarnos con enfermedades y dificultades situacionales y evolutivas, y nos orienta los enfermeros en la práctica de nuevas habilidades.

Elena Redondo Vaquero



CRISTINA RODRÍGUEZ CAHILL (coordinadora). *Los desafíos de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Grupo 5, 2015. 594 pp.
ISBN: 978-84-943980-3-2

Cristina Rodríguez Cahill orientó su interés hacia los trastornos de la personalidad desde muy pronto en su desarrollo profesional. Trabajó en ello con Carmen Bayón durante su residencia en el Hospital La Paz, se procuró rotaciones en el hospital de día donde Anthony Bateman desarrolló su modelo en Londres, con Josefina Mas Hesse en

el Hospital de Día de Alcalá y, luego, en el centro dirigido por Otto Kernberg en Nueva York. Nada más terminar la residencia coordinó un programa de trastornos de la personalidad con Carlos Mirapeix en Santander y, luego, se embarcó con Carolina Cabrera en un ambicioso proyecto de dar vida a un proceso de atención a los trastornos de la personalidad en Leganés. Actualmente trabaja en un centro de salud mental en Illescas.

En la obra que comentamos da una respuesta de 584 páginas y 8 partes a la propuesta que le hizo Manuel Desviat de hacer una breve introducción al problema para la colección Salud Mental Colectiva.

Como la propia autora afirma, se trata de una obra con una estructura circular, que parte de lo social para volver a lo social después de haberse sumergido en el mundo de la clínica. Sigue para ello en sus respectivos viajes a dos Alicias: la de Carroll y la que en 2015 encontró una unidad de hospitalización en el fondo del pozo negro al que se había arrojado buscando el fin de su sufrimiento. Ambas, como El Principito, que también aparece en este libro, realizan un viaje interior. Pero ninguno de ellos puede entenderse sin referencia al mundo (Wonder or Border Land) en el que tal viaje tiene lugar.

Este periplo circular empieza por una primera inmersión en el mundo *borderline* para sustentar la hipótesis de que “...la patología *borderline* es la caricatura extrema del sufrimiento del hombre hipermoderno”. Una vez establecido este contexto constituyente de lo *borderline* (del mismo modo en que la sociedad victoriana pudo ser constituyente de la histeria), Rodríguez Cahill nos propone una vía de comprensión de los trastornos de la personalidad que se opone a las hegemónicas e intenta integrar muchas de las propuestas alternativas a éstas y que se fundamenta en tres aspectos: una disfunción identitaria o del *self*, una disfunción

interpersonal y un fracaso en la función de adaptación. Esta propuesta le lleva a discutir conceptos como personalidad, identidad y *self*, y a ponerlos en juego para analizar las ideas que nos permiten aproximarnos a sus procesos de constitución. La parte dedicada a revisar las teorías en vigor se complementa con un capítulo sobre trastornos de la personalidad en niños y adolescentes de Nuria Tur.

La parte dedicada al tratamiento revisa de modo muy minucioso las propuestas vigentes sin escatimar las cuestiones que se plantean sobre aspectos tan distintos como la organización de servicios, la evaluación previa, las dificultades para establecer la alianza, los tratamientos psico o farmacoterapéuticos o los cuidados y la rehabilitación. A esta parte contribuyen diversos colaboradores. Destaca el capítulo sobre terapia de grupo de Raquel Tierno y Pepe Morales. Termina con sendas reflexiones sobre cuáles puedan ser los mecanismos de cambio a los que puede apelarse y, en qué medida y por qué nuestras intervenciones pueden resultar lesivas.

Ester de Grado e Inés Morán contribuyen al libro con una parte sobre “complicaciones” en la que se abordan temas como las experiencias traumáticas, los comportamientos autolesivos o la agresividad y se proponen estrategias de manejo de las situaciones críticas.

En un libro que pretende ser exhaustivo sobre este tema no podía faltar una parte dedicada a la interacción entre las personas con este problema atendidas en los servicios y la institución, los equipos y los profesionales que los conforman. A ello, y a proponer alternativas para evitar que sea fuente de problemas mayores, se dedican tres capítulos.

Hay otra parte dedicada a prestar atención a la aparición de las personas que presentan estos problemas en otros ámbitos como el mundo sanitario no especializado

en salud mental, la empresa, las familias, la política, la religión, la cárcel, el mundo educativo o el arte.

Un libro sobre este tema no podía dejar de tomar en consideración que el trabajo con personas con este tipo de trastornos enfrenta a los profesionales a situaciones difíciles de tramitar y que, mucho más frecuentemente de lo que sería deseable, les provoca reacciones que pueden ser contraproducentes para el tratamiento. Y tampoco podía eludir la pregunta sobre qué es lo que el acercamiento sistemático a ellos nos ha enseñado allí donde se ha producido. Hay sendas partes dedicadas a estos temas.

El libro concluye con un valioso apéndice en el que refieren ochenta películas en las que aparecen personajes que podrían ser entendidos como ilustrativos de trastornos de la personalidad.

Se trata de un trabajo realizado desde y para el trabajo clínico con unos pacientes difíciles en el contexto del sistema de atención y en unas condiciones que no siempre son las ideales para hacerlo. Tarea que ha sido posible sin menoscabo de su valor académico y del rigor en el trabajo de revisión. En ello reside una buena parte de su valor y de su fuerza.

Alberto Fernández Liria



VÍCTOR CABRÉ (compilador). *Escenoterapia: Aplicaciones clínicas y educativas*. Barcelona: Herder, 2014. 288 pp.
ISBN: 9788425431395

Ya han pasado treinta y tres años desde que Jordi Font y Jordi Suris comenzaran en Barcelona el primer grupo de escenoterapia, una técnica psicológica que intentaban de-

sarrollar “debido al elevado número de demandas de niños y adolescentes que presentaban dificultades psicológicas y que, por diversas razones, no recibían un tratamiento adecuado”. Ese fue el impulso inicial, tal como lo describía Víctor Cabré en el primer libro sobre esta técnica psicoterapéutica, publicado en el 2002 (*Escenoterapia: Dramatización terapéutica en grupo*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer-Paidós).

El grupo de terapeutas que lanzaron el proyecto se complementó pronto con José Manuel Ibáñez, María Martínez, María J. Marcos y Antonio Pérez-Sánchez. Desde entonces, a lo largo de esos treinta y muchos años han trabajado o colaborado en el desarrollo, aplicaciones, expansión o difusión de la técnica otros muchos clínicos, en su mayoría psicoanalistas y psicoterapeutas, tales como Víctor Cabré, Mercè Mitjavila, Jordi Sala Blanc, nuestro inolvidble “pediatra de cabecera” Francesc Cantavella, Josep Beà, Montserrat Trías, Carles Perez i Testor, Marta Canals, Oriol Esteve, Ramon Bassols, Jaume Aguilar, etc. Más tarde, toda una pléyade de clínicos y psicoterapeutas, bastantes de ellos firmantes de los diversos apartados del libro que aquí presentamos.

José Luis Moreno, creador del psicodrama, lo consideraba una nueva forma de psicoterapia que podía ser ampliamente aplicada, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. En el psicodrama y otras formas de escenoterapia, los pacientes actúan los acontecimientos relevantes de su vida en vez de hablar sobre ellos. Como describe Víctor Cabré en el libro que presentamos, lo que hoy podríamos llamar “la técnica clásica de la escenoterapia” incluye tres momentos o fases: Preparación del argumento y los papeles a representar; fase de representación y fase de comentarios. Es algo más complejo que el mero “actuar” (ya de por sí complejo) de una actuación teatral: En la práctica clínica de la escenoterapia, los su-

jetos, a partir de los papeles propuestos para la escena, primero fantasean sobre los propios acontecimientos vitales, conscientes e inconscientes, experimentando también sus repercusiones corporales (a través de la corporalidad de las emociones). Luego las actúan, con nuevas participaciones psicodinámicas. En el caso de la escenoterapia, en un tercer momento, los participantes hablan, fantasean e interactúan sobre lo que acaba de suceder en una nueva vuelta elaborativa.

La escenoterapia, como todas las técnicas de dramatización en salud mental, se mueve pues en el cuádruple escenario teórico y técnico del teatro, el juego, el cuerpo y las modalidades u organizaciones para la relación. En primer lugar, más que un “trabajo” o una “psicoterapia”, los participantes, pacientes o no, y sobre todo, los que padecen problemas y dificultades más graves, pueden aceptarla como un juego. Cierto: como todo juego, toda escenoterapia es un “comportamiento en modo simulativo que puede producir placer” (Tizón JL. Juego y Proceso psicoanalítico: Una reflexión sobre la comunicación, la acción y la simbolización. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina* 1993, 2: 155-183) dentro del tipo de “juegos sujetos a reglas”, y, en este caso, de *meta-juegos*. Pero como ya defendimos entonces y hoy corrobora la investigación psicoanalítica, psicoeducativa, experimental, etc. el juego en los estados mentales primitivos es la “vía regia hacia el aprendizaje”, y, sobre todo, es la vía regia hacia la simbolización y el ensayo de nuevas formas de relación: desde el juego del *cu-cú-tras-tras* y el de lanzar una y otra vez objetos en adelante, todos los juegos tienen que ver con la separación y la unión de y con los objetos primigenios y, por tanto, con la simbolización y las diversas modalidades o estilos para la relación.

El otro escenario teórico y técnico de cualquier técnica psicodramática es el cuer-

po. Se tratará de un “juego” más o menos complejo pero que se apoya directamente en el cuerpo y el self corporal como “espacios transicionales”, porque el cuerpo es el instrumento máximo en la representación teatral, mucho más directamente en tradiciones teatrales como las de Stanislavski y Wilson, pero también imprescindible en tradiciones teatrales como la de Mamet e incluso Brecht.

En tercer lugar, por definición, toda escenoterapia es un “juego dramatizado” y ello, desde mi perspectiva actual de la *psicopatología basada en la relación*, obliga a poner en marcha diversas organizaciones psicopatológicas de la relación de las que todos hemos introyectado, a “entrenarse” en algunas nuevas, a dejar o disociar otras, si bien sea momentáneamente. Y presidiendo la secuencia global con una dramatización más o menos simbólica, con lo cual se tiene que ensayar una y otra vez la evolución hacia formas más simbolizantes y mentalizadas de la relación, como es el *propio modelo “dramatizador” de la relación* o incluso, en su versión psicopatológica, la *“organización histérica de la relación”*. Pero para ello hay que coger y dejar, re-introyectar y escindir otras organizaciones de la relación: simbiótico-adhesiva, obsesivo-controladora, evitativo-fóbico, intrusivo-perversa, emocionalizada-melancólica, perseguida-paranoide, etc. Otras organizaciones que están presentes en otros momentos de nuestra vida y, por supuesto, cobran más pregnancia cuando estamos psicopatológicamente más afectados.

Por tanto, la escenoterapia (y otras experiencias psicodramáticas) es un *meta-juego*, dramatizado según unas reglas y muy asentado vivencias corporales, que nos permite experimentar directamente o en el otro las formas y consecuencias de otros modelos de relación: Por eso, sabiamente, el pueblo griego se obligaba a sí mismo a la contem-

plación periódica de las tragedias, como forma de trabajo colectivo con los errores del pasado, como forma de reparación simbólica del *hybris* con el fin de evitar nuevas situaciones de *némesis*. Empero, también con placer, como forma de di-versión técnicamente arduamente. Esa es la importancia de las técnicas teatrales para la experimentación de las formas de relación, otra de las ideas básicas del equipo de escenoterapia de la *Fundació Vidal i Barraquer, hoy Institut de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull* de Barcelona.

Cuando se plantean las técnicas de las “terapias con mediadores” hay que tener en cuenta el mediador y sus características sensoriales, como acabamos de recordar para el caso de la escenoterapia. En segundo lugar, hay que tener en cuenta qué modalidades y técnicas del mismo se usan en la terapia. En tercer lugar, como a menudo esas intervenciones se hacen en grupo o taller, hay que tener en cuenta la teoría y la técnica de la dinámica de grupos, tanto en la relación con el terapeuta o coordinador, como en relación con los otros miembros, así como las diversas relaciones triangulares y múltiples que se desarrollan en todo grupo. Por último, tendremos que estar dispuestos a estudiar las diversas “organizaciones de la relación en la terapia”, y su expresión más directa, la transferencia y la dialéctica transferencia-contratransferencia, y tanto en la relación sujeto-grupo, como en las relaciones sujeto-terapeuta y sujeto-animador, o sujeto-terapeuta-especialista, en el caso de que éstos últimos sean personas diferenciadas. Todo un interjuego técnico y vivencial básico, todo un interjuego dinámico basado en la disociación y proyección versus la introyección y reparación. En el caso de los pacientes con traumas y /o duelos graves, gracias al espacio transicional que suponen el papel y el drama, puede darse esa dinámica compleja entre disociación e incorpo-

ración, entre la identificación introyectiva y la dialéctica *identificación proyectiva* “desidentificación mediante la proyección”, bases del desarrollo mental, etc. y de la vida humana misma. Lo que no se puede ni pensar y, desde luego, ni decir, tal vez se pueda actuar con un compañero, con un yo-auxiliar, con una marioneta, etc. O simplemente, incorporando, parcializando, disociando, rechazando o introyectando un papel propio o ajeno en un drama acordado.

En su libro acerca de los mediadores terapéuticos, Anne Brun insiste en cómo, si se utilizan con una perspectiva psicoterapéutica, casi todas las terapias con mediadores terapéuticos y arte-terapias se apoyan en prácticas de grupo. Eso hace que siempre debiera tenerse en cuenta una técnica grupal que contiene y organiza la experiencia vivencial con el instrumento concreto utilizado como mediador (aquí, la representación teatral de papeles o roles). Esa técnica grupal, en el caso de las técnicas terapéuticas con mediadores, debería “envolver” las técnicas con mediadores concretas (teatro, música, modelado, pintura, etc.). En el caso de la escenoterapia, las técnicas grupales planean directamente en cada sesión en la fase previa y posterior a la dramatización en sí misma. Ello significa, pues, poder aprovechar las funciones terapéuticas de los grupos, que en otros momentos he resumido en un *continuum* que va desde las más directamente ligadas al aprendizaje, a la conducta “molar” externa, hasta las más estrictamente “relacionales internas”, las que suponen cambios en el mundo interno y en las estructuras de la personalidad de los asistentes. A lo largo de dicho *continuum* podrían colocarse las siguientes funciones generales de los grupos terapéuticos (y de la escenoterapia): Aporte de información, oportunidades para realizar identificaciones múltiples, percepción de la universalidad de los problemas, desarrollo de habilidades de

socialización, cambios en la percepción del sí mismo y los demás a través del grupo (*mirroring*), aproximación mediada a las experiencias existenciales difíciles o dolorosas, catarsis, altruismo, cohesión y ayuda mutua, replanteamiento de las vivencias acerca de la propia familia y, *last but not least*, transmisión de esperanza y demás “funciones emocionales introyectivas” (confianza, esperanza, solidaridad y contención).

Por eso a lo largo del desarrollo de la técnica terapéutica de la escenoterapia, los estudiosos de la misma han ido encontrando una serie de factores comunes a todas sus aplicaciones: Se dan siempre factores de aprendizaje o, si quieren en otra terminología, “psicoeducativos”; factores de habilidades y entrenamiento social; se favorece la espontaneidad y la disminución de las inhibiciones patológicas, excesivas; se favorece la catarsis en el más puro sentido de liberación; se favorece la utilización del cuerpo y la tolerancia hacia la visión del cuerpo y del self de los demás y de uno mismo; puede darse un aumento del *insight* sobre los propios conflictos a través de la comprensión de la dramatización o de los comentarios de otros miembros acerca de la misma; y, desde luego, existe el valor de juego como tal juego, que debe buscarse en toda forma de escenoterapia y, particularmente, con niños y adolescentes.

A pesar de lo que mantengan los exclusivismos biologists dominantes, todo trastorno mental grave supone siempre un trastorno de la identidad, del sentido del sujeto, así como trastornos en las manifestaciones las diversas partes de su yo, de su self o identidad, y en sus roles y funciones sociales. Ante las dificultades de identidad, de encontrar un sentido como sujeto del paciente; ante su tendencia a refugiarse en una inhibición relacional y/o a funcionar con diferentes aspectos de su personalidad profundamente escindidos y disociados entre

sí; ante el radical fracaso de los medios biológicos para atajar esa tendencia progresiva, es natural que a lo largo del desarrollo de las disciplinas de la salud mental se hayan intentado medios alternativos de ayuda. Algunos de ellos se dirigían precisamente a esas dificultades de integración de la identidad, el self, el sentido de sujeto, con el objetivo de disminuir la des-integración entre los diferentes roles y funciones de la personalidad que se da en estos pacientes, etc. Sin olvidar que también a nivel diagnóstico son medios o técnicas que puedan proporcionar una perspectiva más integral de esos mundos relacionales y esos roles tan excesivamente disociados en el paciente con psicosis o con otros trastornos mentales graves.

A lo largo de estos treinta años, el equipo clínico e investigador de la escenoterapia, radicado tanto en Barcelona como en otras ciudades y países, ha ido desarrollando algunas de las posibilidades de esta técnica, a un tiempo rica en potencialidades y estimulante, divertida. Así, en el libro que aquí comentamos se muestran ejemplos, con referencia directa de las técnicas aplicadas, de escenoterapia con niños y adolescentes con problemas de salud mental, en atención precoz, en la escuela, con niños autistas, en educación especial, con discapacidades psíquicas, en psicosis y psicosis incipiente, etc.

Por último, un hecho que no podemos sino resaltar y subrayar es que el equipo clínico y docente que ha escrito este volumen se ha preocupado desde el principio por la investigación de la propia técnica y por la publicación de sus resultados. En ese sentido, puede mostrar una ya nutrida bibliografía sobre el tema en varios países y varios idiomas. Es algo muy digno de resaltar porque, a menudo, muchos de los clínicos que utilizan este tipo de terapias con mediadores no poseen la paciencia y la constancia de realizar estudios empíricos y publicaciones con metodología y formulación científica.

Por ello, una y otra vez sus aportaciones pueden ser marginadas de estudios científicos sobre “terapias integradas”, de las ayudas sanitarias y para la investigación, de la necesaria difusión de sus técnicas, de su inclusión en los servicios públicos y en la sanidad pública, etc. Esa marginación a menudo es doble, porque también se basa en una cierta actitud despectiva por parte de otros científicos y técnicos del “*gremio psi*”: aunque defendamos el uso y la validez de tales “intervenciones terapéuticas”, a menudo seguimos considerándolas de “segunda división”. Entre otras razones, porque ya se sabe que, desde la revolución industrial y el desarrollo del método científico-natural, el conocimiento artístico o emocional tiende a ser considerado como un conocimiento y una vía para la experiencia de “*segunda categoría*”. Desde luego, inferior, al conocimiento científico, al conocimiento racional, digital. Como consecuencia, las terapias con mediadores a menudo siguen moviéndose en el magmático terreno que se diluye entre el diletantismo y el desprecio.

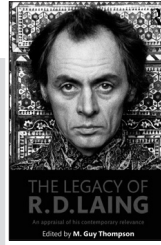
Por eso quisiera insistir en la continuidad y la profundización progresiva en una actitud técnica de los equipos que en este libro comunican sus experiencias con la escenoterapia en diversos campos de la salud mental y el desarrollo psicológico. Para que no se piense que, otra vez más, se trata de “nubes aisladas en cielos vacíos” en una nueva muestra de los múltiples intentos que se hacen en nuestros lares sobre terapias alternativas y que luego no tienen continuidad. O como tantos y tantos programas y propuestas norteamericanas y “primermundistas” que son financiadas, apoyadas y estudiadas, etc., pero pocos años más que lo que dura su publicación en revistas anglosajonas “con factor de impacto”. Es otra forma menos conocida de diletantismo, un problema sumamente frecuente no sólo en los “atrasados, desorganizados y anárquicos

PARA LEER

pueblos mediterráneos”, sino también en otras culturas y paisajes.

Y, sin embargo, esa actitud técnica basada en el uso creativo de la emocionalidad puede ser uno de los elementos fundamentales para el desarrollo futuro no sólo de la psicoterapia psicoanalítica, sino de todo tipo de psicoterapia infantil. En la medida en que dejemos de estar obnubilados por una supuesta “potencia mágica” de “psicoterapias” de 45 minutos de duración por semana frente a los 10.035 minutos que los niños pasan por semana en sus ambientes habituales, tendremos que imaginar nuevos sistemas de psicoterapia para esos niños y sus familias. De ahí el valor del desarrollo de auténticas técnicas de “terapia con mediadores”, entre las cuales las diversas esconoterapias han de jugar un papel fundamental, como los grupos “operativos” con niños, los “grupos con estímulo previo”, los grupo psicoeducativos, las ayudas mediante acompañantes terapéuticos, tutores expertos, pacientes expertos, pares, etc. Sobre todo, si participamos de esa opinión que acabo de verter: que, cada vez más, debiéramos superar los modelos de psicoterapia solipsistas y altaneros con niños y adolescentes si no pueden complementarse con la participación de otras técnicas y otros niveles para la contención; en particular, si no sabemos combinarlas con las ayudas integradas que utilizan esos otros niveles para la contención no estrictamente profesionalizados y, dentro de los niveles profesionalizados, de ayudas intensivas a la mar-parentalidad, ayudas familiares centradas en la mar-parentalidad, e intervenciones comunitarias sustitutivas de mar-parentalidades en ciertas ocasiones irremediabilmente deficitarias.

Jorge L. Tizón



M. GUY THOMPSON (editor).
The legacy of R. D. Laing. An appraisal of his contemporary relevance. Londres / Nueva York: Routledge, 2015. 180 pp.
ISBN: 978-1138850156

Escrito desde una perspectiva rigurosa, a la vez que apasionada, sin por ello conformar un ensayo hagiográfico de la semblanza de Ronald David Laing (1927-1989), este libro evalúa la relevancia contemporánea de su pensamiento intelectual y praxis clínica. A diferencia de otros trabajos, la mayoría de quienes contribuyen a esta obra conocieron personalmente a Laing, llegando algunos incluso a mantener una estrecha amistad con él. Reconocen, eso sí, que *Ronnie*, como era llamado entre sus más íntimos, era de trato difícil y hosco, lo que no ensombrece el revulsivo que supuso en la década de los 60 del siglo XX la conceptualización clínica laingiana. *Escéptico provisional*, como gustaba considerarse, Laing fue ante todo un clínico inconformista y crítico, que juzgaba la psicoterapia como un intento obstinado de dos personas por recuperar la totalidad de lo que implica ser humano. Esto, en lo que se refiere a la condición psicótica, transcurridos 55 años desde la publicación de *El self dividido* (Laing, 1960), todavía es válido, al no existir a fecha actual explicación etiopatogénica cabal de tal grave cuadro clínico. A su praxis clínica, de la que ni hubo escuela como tampoco laingianos, en una entrevista publicada en 1984 en CHIOS, una revista griega, Laing calificaba lo que hacía como *terapia integral*. Quería así señalar su genuino compromiso con el sufriente psicótico, para cuya reversión psíquica usaba todo el arsenal terapéutico del que disponía.

Conscientes de ello, en una época muy tecnificada y deshumanizada en que dominan las neurociencias y los psicofármacos,

tales contribuidores revisitan las ideas laingianas sin un afán empecinado, sino en un intento serio de reivindicar *otra psiquiatría*, una que prime el ingrediente humano sobre el bioquímico y/o tecnológico en la interacción clínica.

Se preguntan así ¿qué queda en la actualidad de la obra laingiana? ¿han erradicado los tratamientos médico-quirúrgicos la visión fenomenológica-existencial de Laing en el abordaje del sufriente psicótico? Excepto para nostálgicos y alienistas disconformes, es indudable que lo propuesto por Laing no ha podido resistir el envite de la psiquiatría biológica. Aún así, a juicio de estos autores y de quien escribe esta reseña, los psicofármacos tampoco son la panacea, por lo que visitar la obra laingiana parece ser más una exigencia recomendable que una mera revisión romántica; la *persona* que habita en el sufriente psicótico reclama ser ayudada ahora, y no cuando lo disponga

la comunidad psiquiátrica y/o la industria farmacéutica. Avalando estas tesis de corte humanístico, cabe señalar el apoyo financiero del que hoy todavía gozan en el Reino Unido algunos centros residenciales inspirados en la experiencia pionera llevada a cabo por Laing en 1965 en Kingsley Hall.

Invitamos, pues, a legos y profanos a leer este libro. A re-pensar en Laing y lo que de él aún pervive y es de interés para nuestro trabajo clínico. Y si aún quedan *hambrientos* de saber más, les animamos a leer dos trabajos nuestros acerca de Laing. Uno publicado en esta Revista (31(112), pp. 679-691) en 2011, y el otro en *Clínica e Investigación Relacional* (7(2), pp. 373-389) en 2013. En ambos podrán conocer mejor a Laing, cuya investigación del amor no sólo respondía a un interés intelectual, sino a su propia historia vital.

Francisco Balbuena Rivera

NOVEDADES EDITORIALES EN www.tienda-aen.es

IÑAKI MARKEZ
(Coord.)

ADICCIONES: CONOCIMIENTO, ATENCIÓN INTEGRADA Y ACCIÓN PREVENTIVA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

EUDOXIA GAY PAMOS, JOSÉ CARMONA CALVO,
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA
(Coords.)

EL SUJETO:

El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación,
el sujeto en la sociedad actual.

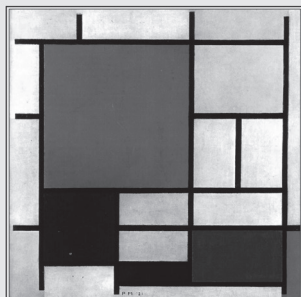


ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

VÍCTOR APARICIO BASAURI Y TIBURCIO ANGOSTO SAURA
(Coords.)

PRÓLOGO: MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

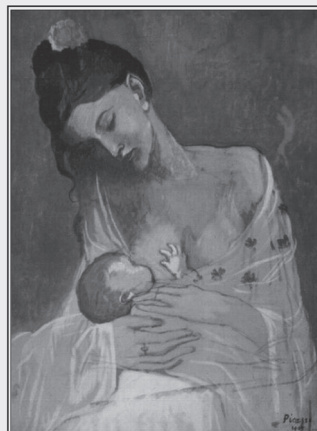
EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

AEN (Sección de Infantil) Y SEPPYNA

PSIQUIATRÍA PERINATAL Y DEL NIÑO DE 0 - 3 AÑOS



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
AEN DIGITAL

LIBROS DE LA A.E.N.

(Disponibles a la venta en www.tienda-aen.es)

Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980. (agotado)
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983. (agotado)
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983. (agotado)
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986. (agotado)
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986. (agotado)
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989. (agotado)
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997. (agotado)
20. E. GAMO MEDINA, R. GÓMEZ ESTEBAN (Coord.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000. (agotado)
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000. (agotado)
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003. (agotado)
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.
32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005. (agotado)
33. A. REY, E. JORDÁ, F. DUALDE y J. M. BERTOLÍN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. A. DÍEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.
38. A. DÍEZ PATRICIO, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.
39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.

PARA LEER

40. J. M. COMELLES, M. BERNAL (eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*, 2008.
41. A. RETOLAZA (ed.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*, 2009.
42. I. MARKEZ ALONSO, A. FERNÁNDEZ LIRIA, P. PÉREZ-SALES (eds.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*, 2009.
43. J. CARMONA, F. DEL RÍO NORIEGA (eds.), *Gestión clínica en salud mental*, 2009.
44. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *El psicoanálisis en lo social y en lo político*, 2009.
45. O. MARTÍNEZ AZUMENDI, N. SAGASTI LEGARDA, O. VILLASANTE (eds.), *Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, 2011.
46. C. ESCUDERO ÁLVARO, P. BALANZA MARTÍNEZ (coords.), *Manual del Residente en Psicología Clínica*, 2012.
47. M. DESVIAT, A. MORENO (eds.), *Acciones de Salud Mental Comunitaria*, 2012.
48. E. MOLLEJO APARICIO (coord.), *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia*, 2012.
49. A. ESPINO GRANADO (coord.), *Vida laboral, estrés y salud mental*, 2012.
50. O. MARTÍNEZ AZUMENDI, I. GONZÁLEZ LLONA (comps.), *Escenarios*, 2013.
51. D. SIMÓN LORDA, C. GÓMEZ RODRÍGUEZ, A. CIBEIRA VÁZQUEZ, O. VILLASANTE (eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*, 2013.
52. J. SALOMÓN MARTÍNEZ, H. D. SIMOND, *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?*, 2013.
53. E. RIVAS PADILLA, A. CEVERINO DOMÍNGUEZ (eds.), *Teoría y Práctica psicoanalítica de las psicosis*, 2014.
54. G. THORNICROFT, M. TANSSELLA (eds.), *La mejora de la atención de salud mental*, 2014.
55. B. SARACENO (ed.), *El fin del entretenimiento. Manual de rehabilitación psiquiátrica*, 2014.
56. I. MARKEZ (coord.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, 2015.
57. E. GAY, J. CARMONA, F. DEL RÍO (coords.), *El sujeto: el sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual*, 2015.
58. V. APARICIO, T. ANGOSTO (coords.), *El componente de Salud Mental en el hospital general*, 2015.

AEN Digital

1. B. BEVIÀ FEBRER, R. TABARÉS SEISDEDOS, M. GÓMEZ-BENEYTO (eds.), *Trastorno Mental Grave: ¿Qué evidencia tenemos? ¿Qué servicios necesitamos?*, 2013.
2. AEN (SECCIÓN DE INFANTIL) Y SEPPYNA, *Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años*, 2015.

Cuadernos Técnicos

1. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. 1995. (agotado)
2. La Psicología Clínica en los Servicios Públicos. 2000.
3. La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación de los enfermos mentales. 2000.
4. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. 2000. (agotado)
5. Formación especializada en salud mental. 2000.
6. Rehabilitación Psicosocial del enfermo mental severo. Situación actual y recomendaciones. 2002. (agotado)
7. Observatorio de Salud Mental de la AEN: Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. 2007.
8. Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007. / Spanish Association of Neuropsychiatry 2007 Consensus on the Promotion of Mental Health, the Prevention of Mental Illness and the Reduction of Stigma. 2007.
9. El ejercicio profesional del Psicólogo Clínico en el Sistema Nacional de Salud. 2008.
10. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la AEN. 2009.
11. Escuela de Salud Mental de la AEN. 2009.

12. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día. 2009.
13. Situación de la Enfermería de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. 2009.
14. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. 2010.
15. Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011.
16. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. 2012.
17. Guía PARTISAM. Promoción de la participación y autonomía en Salud Mental. 2014.

Historia

1. Jacques FERRAND, *Melancolía erótica*, 1996. (agotado)
2. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía I*, 1997. (agotado)
3. Anselm von FEUERBACH, *Gaspar Hauser*, 1997. (agotado)
4. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía II*, 1998. (agotado)
5. Robert GAUPP, *El caso Wagner*, 1998.
6. Gerolamo CARDANO, *El libro de los sueños*, 1999.
7. Emil KRAEPELIN, *Cien años de Psiquiatría*, 1999.
8. Étienne ESQUIROL, *Sobre las pasiones*. Joseph DAQUIN, *Filosofía de la locura*, 2000.
9. Tomaso GARZONI, *El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables*, 2000.
10. Juana DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, 2001.
11. François LEURET, *El tratamiento moral de la locura*, 2001.
12. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía III*, 2002. (agotado)
13. Laurent JOUBERT, *Tratado de la risa*, 2002.
14. Samuel-Auguste TISSOT, *El onanismo*, 2003.
15. Daniel Paul SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, 2003. (agotado)
16. Raymond QUENEAU, *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, 2004. (agotado)
17. Timothy BRIGHT, *Un tratado de melancolía*, 2004.
18. CICERÓN, *Conversaciones en Túsculo*, 2005.
19. DIDEROT (ed.), *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, 2005.
20. Marsilio FICINO, *Tres libros sobre la vida*. Luigi CORNARO, *De la vida sobria*, 2006.
21. Patrick DECLERCK, *Los naufragos*, 2006.
22. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía I*, 2007.
23. John DONNE, *Biathanatos*, 2007.
24. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía II*, 2008.
25. Edgard ZILSEL, *El genio*, 2008.
26. Gladys SWAIN, *Diálogo con el insensato*, 2009.
27. José Luis PESET, *Las melancolías de Sancho. Humores y pasiones entre Huarte y Pinel*, 2010.
28. André Du LAURENS, *De las enfermedades melancólicas*. Jourdain GUIBELET, *Del humor melancólico*, 2011.



www.tienda-aen.es