

La medicalización del sufrimiento subjetivo

The medicalization of subjective suffering

ROSA GÓMEZ ESTEBAN

Fundadora de la Sección de Psicoanálisis y la de Psicoterapia de Grupo de la AEN. Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN desde 2012 hasta 2019. Exsecretaria general y vicesecretaria de la AEN, 1986-1993. Didacta y supervisora de FEAP. Miembro del Equipo Docente de la Escuela y del Equipo Directivo de la Revista de Área 3. Madrid, España.

Correspondencia: rosagomezesteban@gmail.com

Recibido: 06/09/2022; aceptado: 24/09/2022

LAS TEORÍAS VIGENTES, con su concepto de “enfermedad mental”, deniegan las causas reales que producen el padecer y el sufrimiento de los sujetos. Nuestra sociedad genera ideologías y creencias sociales que ocultan y dificultan el conocimiento de las causas reales del malestar y padecer del hombre. El mayor sufrimiento del hombre es causado por las relaciones con los otros, apuntaba Freud en *El malestar en la cultura* (1).

En el campo de la salud mental, las ideologías supuestamente científicas siguen descubriendo genes, sustancias y moléculas. Las investigaciones que realizan no se preocupan de contener, escuchar y analizar la angustia y los síntomas del sujeto, ni de ponerlos en relación con el desencuentro con los otros significativos (padre, madre, pareja, hijos, compañeros, jefes...); aunque cualquier clínico experimentado sepa que estas dificultades con los otros están en el origen del malestar subjetivo.

En los grupos terapéuticos que hemos realizado en diferentes psicopatologías, escuchamos los síntomas psicopatológicos y observamos cómo estos develan los padecimientos del sujeto (2). Los grupos evidencian que los síntomas son emergentes de difíciles situaciones vividas, y suelen tener un denominador común: las separa-

ciones, las pérdidas, los duelos no elaborados, los abusos, los malos tratos, las decepciones sufridas en la familia, el trabajo, la escuela, etc. En los grupos terapéuticos se constata que los síntomas son emergentes del sufrimiento del sujeto en sus relaciones y vínculos con los otros. En los inicios también se evidencia que el hombre niega los conflictos para evitar el sufrimiento, aunque ello tenga consecuencias para su salud, y se constata que “el hombre no quiere saber”. Unas negaciones recíprocas que observamos entre lo social y los pacientes/padecientes, y que hacen comprender el término “enfermedad mental” como emergente y expresión de esa negación.

Las aportaciones de la teoría psicoanalítica y de las perspectivas sociológicas, a partir de los años 50 del siglo pasado, posibilitaron una serie de cambios y ayudaron a salir de una psicopatología basada en la dicotomía entre lo endógeno y exógeno, logrando entrar en la complejidad de lo causal, tanto en el proceso del enfermar como en el de la cura. El manicomio, como lugar de tratamiento, se cuestiona en los años 70/80, definiéndolo como un lugar de exclusión social. En nuestro país, durante esos años y los posteriores se realizó la reforma psiquiátrica, y se propuso el pasaje de una psiquiatría manicomial a una psiquiatría comunitaria, enmarcada en una psiquiatría y psicología social.

En esas décadas, de los 70 a los 90, los grupos emergieron como valiosos instrumentos y dispositivos para el abordaje de las problemáticas del sujeto y de la familia en algunos Centros de Salud Mental (CSM). En Madrid, con una implementación muy importante en los CSM de Getafe y Parla, donde trabajé en los 80 y 90, y también en Alcorcón, Hortaleza y Majadahonda, entre otros. Los grupos terapéuticos constataban que los pacientes habían enfermado por las difíciles circunstancias vitales que atravesaban, y se mostraban como un eficaz instrumento para elaborar la angustia y la tristeza. En el ser humano estos dos afectos son centrales y sabemos que también funcionan como defensas para afrontar las dificultades de la vida cotidiana.

Desde aquellos años, aunque siguieron las prácticas grupales en los CSM, ha habido pocos progresos e incluso retrocesos, en los que ha jugado un papel relevante el predominio de dos paradigmas: el biomédico y el cognitivo-conductual. La situación se hace especialmente difícil en estos dos últimos años, desde marzo del 2020 hasta el verano del 2022, una época que supuso la imposibilidad de realizar terapias grupales en los inicios para posteriormente reanudarlas a través de tecnologías *online*.

Esta etapa histórica se ha caracterizado por la pandemia del coronavirus y sus graves consecuencias, la Covid-19 ha producido la muerte de más de 100.000 personas en nuestro país, y sus graves efectos los seguiremos observando a lo largo de los años. En este último periodo se ha constatado un incremento de los síntomas psicopatológicos, sobre todo, ansiedad, angustia y depresión, en la población general.

Lo más preocupante es el progresivo aumento de intentos y suicidios en jóvenes y adolescentes, que se han incrementado alrededor de un 50%. En España se

suicidan 11 personas al día, unas 4000 al año, sin tener en cuenta los que quedan velados como accidentes. Asimismo, se producen 80.000 intentos de suicidio. El suicidio y los actos suicidas son un problema de salud pública, sobre todo, en adolescentes y mayores de 80 años, franjas de edad en las que se dan las cifras más altas. En estos últimos meses, a esta crisis mundial se ha sumado el horror de la guerra. A diario observamos impotentes la muerte y la destrucción de relaciones, vidas humanas, millones de hogares y de un país. Los dolorosos procesos de la emigración producirán importantes sufrimientos subjetivos y familiares, y sus efectos se observarán y prolongarán en las generaciones posteriores.

EL PARADIGMA BIOMÉDICO. LA MEDICALIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO DEL SUJETO

En sus clasificaciones diagnósticas más actuales, la Asociación Americana de Psiquiatría dio un giro radical a las concepciones previas psicodinámicas. Las nuevas clasificaciones del DSM intentaron ordenar los fenómenos a observar, pero los efectos de los listados de síntomas elaborados fragmentaron progresivamente el proceso del enfermar (3). Las nuevas clasificaciones respondían cada vez más a concepciones biomédicas y se desvinculaban de la comprensión de los síntomas de los sujetos. Progresivamente, la distancia de estas clasificaciones con la clínica real era mayor, sus objetivos se dirigían más al uso de los tratamientos farmacológicos, y a los intereses de la propia clasificación.

Los listados de síntomas impedían dar sentido y coherencia a los diferentes cuadros clínicos y, poco a poco, las estructuras clínicas se fueron sustituyendo por síndromes y síntomas. Las clasificaciones se fueron alejando de la posición médica tradicional, no se agrupaban en función de la etiología, patogenia, curso y tratamiento, y con preocupación observábamos que algunos diagnósticos significativos iban desapareciendo. Los diagnósticos se organizaron en relación a criterios de exclusión, duración mínima e intensidad de los síntomas, con un número mínimo de los mismos y límite en la edad.

Se realizaron diversas combinaciones de síntomas y se crearon innumerables diagnósticos —y en algunos la fantasía de que a cada diagnóstico podía corresponderle un tratamiento farmacológico específico—. Los más radicales llegaron a promover la creencia de que el afecto “tristeza” y algunos síntomas de la depresión, propios de la condición humana, tenían su causa en el déficit de algunos neurotransmisores cerebrales, los bajos niveles de serotonina. Una fuerte creencia que observamos es repetida por los pacientes en los grupos terapéuticos, con más fuerza en los inicios del grupo.

En este hecho, que se reitera en todos los grupos, observamos la transmisión de las creencias sociales, de las instituciones sanitarias a los profesionales de salud

mental, por eso es urgente transformar las teorías de los profesionales. La transformación de sus creencias y teorías cambiará el hacer en su clínica y facilitará que los pacientes hagan lecturas más psicosociales de sus síntomas. Y estos dejarán de afirmar y aferrarse a la idea de que su enfermedad es biológica, genética, con base en la autoridad de la afirmación de su psiquiatra y a pesar de no poder confirmarla en los antecedentes de su historia familiar. Los responsables sanitarios, formadores y clínicos tienen la responsabilidad de ofrecer una mirada de mayor complejidad, una perspectiva más integradora para el campo de la salud mental. Sabemos que los factores biológicos estén presentes en algunas psicopatologías, pero la posibilidad de su comprensión exige la inclusión de las variables psicosociales que confluyen en los procesos de salud/enfermedad mental.

Un emergente actual muy preocupante de la situación en los Servicios de Salud Mental (SSM) es la medicalización de los cuadros depresivos leves y moderados. Estos se siguen tratando con medicación, desde Atención Primaria (AP) y luego en Salud Mental, a pesar de las recomendaciones de ser tratados con psicoterapias por las asociaciones científicas. Los malos funcionamientos de los SSM cronifican algunas psicopatologías, y las seguirán cronificando si no se revisan los diagnósticos, tratamientos, encuadres, tareas e intervenciones de los profesionales y/o del equipo que trabaja en la institución. Es imprescindible repensar la función del jefe de servicio en las instituciones de salud mental para afrontar estas problemáticas. No se puede nombrar a un responsable de un dispositivo de los SSM si el profesional carece de instrumentos teóricos y afectivos para coordinar grupos y equipos. Se le ha de exigir la formación grupal pertinente, ya que su principal función es elaborar los obstáculos que no permiten realizar la tarea y facilitar la elaboración de las dinámicas institucionales patógenas. Solo de ese modo, se lograrán aminorar los efectos patogénicos de la institución y aliviar las condiciones de cronificación de los pacientes.

La crisis de los SSM, de las psicopatologías, de las teorías y tratamientos individuales en los SSM es evidente, y se debe a numerosas causas, entre ellas: el abuso de psicofármacos para tratar los padecimientos del sujeto, la falta de formación en psicoterapia de los profesionales, las disfunciones institucionales y la alta demanda asistencial. Estas circunstancias interaccionan y se potencian recíprocamente, dificultando la elaboración y recuperación de las crisis de los sujetos. Uno de los principales objetivos de este dossier sobre psicoterapia de grupo es subrayar la necesidad y urgencia de afrontar la peligrosa medicalización de los problemas de la vida cotidiana. No se puede seguir priorizando tratamientos que acallan la angustia, recetando psicofármacos en cuadros leves. La mayoría de los psiquiatras experimentados sabe que detrás de estos síntomas está el sufrimiento subjetivo, y si no se escuchan se estará colaborando en su cronificación. Los profesionales, éticamente, no podemos contribuir a la medicalización de los síntomas, ni a ocultar los sufrimientos padeci-

dos por causas psicosociales. Hemos de trabajar para limitar los efectos de algunos paradigmas actuales, para evitar las consecuencias y riesgos para la población, entre ellos, para su salud mental.

Compartimos con otros autores la relevancia de los intereses económicos de las fuertes compañías farmacéuticas; Davies (4) afirma que el mercado de psicofármacos mueve 80 billones de dólares al año. Sabemos que nuestra sociedad es capitalista, una sociedad que promueve el consumo y que en salud mental promueve un altísimo consumo de psicofármacos, causantes de un elevado coste económico para toda la población; cuando, por otro lado, este presupuesto sanitario podía destinarse a aquellas estrategias psicoterapéuticas que se han evidenciado eficaces y eficientes, o a impulsar investigaciones psicoterapéuticas multicéntricas realistas. Los SSM han de ser responsables y pioneros en estas investigaciones y, con seriedad, acotar y limitar las investigaciones psicofarmacológicas, que son las únicas que se realizan (5). Los intereses económicos son muy fuertes y la lucha muy desigual, los profesionales no participarán en investigaciones sobre psicoterapias si no son apoyados por asociaciones de profesionales que tengan estos objetivos, como la AEN, para ser formulada como una necesidad prioritaria y ser elevada a los responsables de los SSM.

Las investigaciones multicéntricas para investigar las estrategias más eficaces y eficientes con los recursos disponibles deberían ser prioritarias para los SSM, sobre todo, las psicoterapias de grupo, por su interés para los servicios públicos. Hace años en el CSM de Getafe, Madrid (6), se realizó una investigación en psicoterapia de grupo, apoyada por el jefe de servicio, y sus resultados evidenciaron una mayor eficacia de la psicoterapia grupal comparada con la psicoterapia individual. Por otro lado, también se constató en aquellos pacientes que habían recibido psicoterapia de grupo una mayor independización de los Servicios, respecto a los que habían recibido psicoterapia individual. A pesar del interés de los resultados de estas experiencias, al ser investigaciones de profesionales o de algún equipo aislado, no se continúan en el tiempo. Por ello, es preciso organizar a largo plazo proyectos y líneas de investigación desde los SSM. Proyectos desde diversos centros y dispositivos que sean realizables y tengan el objetivo de investigar psicoterapias de grupo con encuadres breves, de tres a seis meses, en los cuadros leves, y encuadres de uno a dos años en los trastornos graves.

La clínica y la investigación requieren de una buena organización de los SSM, por tanto, de un trabajo en equipo interdisciplinar que tenga como objetivo el desarrollo de buenos programas de formación y asistenciales, que puedan ofrecer psicoterapias de calidad. A pesar de ser conscientes de la necesidad del trabajo en equipo, en nuestras instituciones se siguen proponiendo planes poco realistas y alejados de la práctica asistencial. El Ministerio de Sanidad, hace pocos años, en vez de afrontar las disfunciones de los SSM, las carencias de tratamientos psicoterapéuticos y la

insuficiencia de psicoterapeutas planteó un borrador, un “Plan frente a las pseudoterapias”. Fue un proyecto controvertido, no surgió de las asociaciones, ni de los profesionales o los pacientes; curiosamente, fue solicitado a asociaciones de pacientes poco conocidas. Por suerte, quedó en un mero borrador. El plan que incluía la terapia psicoanalítica dentro de las pseudoterapias fue cuestionado por la mayoría de los profesionales.

Esta paradójica propuesta nos llevó a algunos interrogantes: ¿cuál era el objetivo del plan?, ¿para qué proponer un plan sin la colaboración de los profesionales?, ¿y cómo se cuestiona la teoría y la práctica psicoanalítica cuando es el esquema referencial teórico y práctico de muchos profesionales en la clínica psiquiátrica y psicológica de los SSM? La buena noticia fue que la mayoría de las asociaciones de salud mental se opusieron al anteproyecto, entre ellas, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de la Salud Mental (AEN-PSM). Tuve la oportunidad de participar como presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo en el documento de alegaciones en su contra elaborado por la AEN.

Esta Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN la impulsamos a principios de 2012, y la presidí durante casi cuatro años y medio, desde su fundación en junio de 2015. Desde aquellos años, ha hecho posible un gran intercambio de experiencias y prácticas grupales de diversas orientaciones psicoanalíticas grupales en nuestro país. Desde la Sección hemos trabajado mucho para que la clínica grupal sea relevante en los SSM. Nos ha alegrado que la psicoterapia de grupo se esté empezando a reconocer en algunos Planes de Salud Mental de algunas Comunidades Autónomas. En el Plan de Navarra (2019-2023) se afirmaba que la psicoterapia de grupo era la modalidad de intervención que ofrecía mejores resultados en el momento actual; se proponía como tratamiento prioritario en las psicopatologías leves y moderadas. Reconocemos que es un paso importante, a pesar de sus carencias, y reivindicamos que estas estrategias psicoterapéuticas grupales se realicen en todos los dispositivos de los SSM, y que sean coordinados por el CSM de cada área comunitaria.

EL PARADIGMA BIOMÉDICO: LA CRISIS DEL SÍNTOMA/PSICOPATOLOGÍA/SISTEMAS DIAGNÓSTICOS/TRATAMIENTOS Y LA CRISIS DE LOS SSM

Los SSM están en crisis porque se basan en paradigmas reduccionistas, individuales y biomédicos que solo pueden medicalizar el sufrimiento del sujeto y generan diversas crisis interrelacionadas y potenciadas entre sí: la crisis del sujeto, porque los profesionales no acogen el síntoma; la crisis de la psicopatología, al no tener en cuenta la red vincular del sujeto; la crisis de los sistemas diagnósticos, organizados por listados de síntomas que fragmentan el proceso del enfermar; y la crisis de los tratamientos e instrumentos terapéuticos, porque prevalecen los psicofármacos y

psicoterapias individuales con encuadres ineficaces. Diversas crisis teóricas y prácticas que se unen a otros motivos organizativos y de formación: la altísima demanda de la población; la falta de recursos (España tiene los índices de profesionales más bajos de Europa); la falta de formación en psicoterapias y metodologías grupales de los profesionales; y la falta de trabajo en equipo, que conforma instituciones disfuncionales que no son psicoterapéuticas.

Los datos son muy preocupantes. Estamos de acuerdo con James Davies cuando señala que la situación actual en Salud Mental es grave y alarmante. En una reciente entrevista (4), el psicoterapeuta y antropólogo británico señala que en el Reino Unido hay 8 millones de personas que consumen antidepresivos, frente a un millón que reciben alguna terapia psicológica, datos similares a los de España. Ambos coincidimos en que el modelo existente es fallido al generar una creciente medicalización del sufrimiento humano, y con el agravante de que las campañas de desestigmatización legitiman el uso de psicofármacos.

En la clasificación DSM-5, subyacen dos ideas muy cuestionables en ciencias humanas: la primera “es pensar al hombre fuera de su contexto familiar y social” y la segunda, “considerar que solo lo cuantificable es científico”. Esta clasificación, de la que dicen es fruto del consenso, no investiga las “causas” ni aborda la comprensión de los fenómenos psicopatológicos. Y tampoco es capaz de delimitar algunos diagnósticos. Un ejemplo es el diagnóstico de “depresión”, actualmente un cajón de sastre que incluye cuadros muy diferentes de manera indiscriminada, unos pertenecientes al campo de las neurosis y otros, al de la psicosis.

La decisión de no fundamentar bien los diagnósticos diferenciales entre depresiones graves y no graves lleva al profesional a indicar antidepresivos para toda la vida en casos que no está indicado. La medicalización progresiva de los conflictos subjetivos es dramática, a lo que se añade el elevado consumo de antidepresivos en psicopatologías leves y moderadas. Una situación que genera un coste económico insostenible para toda la comunidad y que, como decíamos, podría haberse destinado a estrategias psicoterapéuticas de mayor eficacia.

El uso de psicofármacos, en el momento actual, es un grave problema de salud pública, es un abuso que continúa en el tiempo a pesar de que se conozcan las recomendaciones de las Asociaciones Americanas de Psiquiatría y Psicología. Desde hace años sus advertencias son muy claras, se han posicionado cuestionando la medicalización de los conflictos y proponiendo que las psicoterapias sean el instrumento pertinente para escuchar el padecimiento subjetivo (y, en el caso de las depresiones graves, la psicoterapia combinada con psicofármacos). Es un posicionamiento similar al manifestado por la AEN en nuestro país.

El paradigma biomédico en los trastornos mentales muestra cada vez más sus riesgos (7). Estamos de acuerdo con el Área de Psicología Clínica de la Sociedad

Británica, que también ha denunciado la crisis profunda que atraviesan los SSM, señalando como uno de los elementos claves los sistemas diagnósticos. En sus informes se preguntan: “¿Qué intereses oculta el paradigma biológico cuando las estadísticas muestran que los casos de enfermedad mental se reducen notablemente en épocas de guerra? ¿En estos datos no se evidencia la psicogénesis?”.

Se sigue haciendo oídos sordos a las asociaciones de profesionales, y estas siguen denunciando los intereses de la industria farmacéutica y su interés en promover la idea de una multiplicidad de diagnósticos y de tratamientos farmacológicos que sean eficaces para cada trastorno. A pesar de las recomendaciones científicas, el DSM sigue vigente y se siguen imponiendo los tratamientos psicofarmacológicos; aunque los responsables y profesionales sepan que no hay tal diversidad de fármacos, que no es conveniente prescribir tratamientos a largo plazo en la mayoría de las psicopatologías y que con el tratamiento con psicofármacos se obtienen peores resultados que con la psicoterapia.

En resumen, subrayamos los efectos del paradigma biomédico: la crisis del síntoma, de los sistemas diagnósticos, de las psicopatologías, de los tratamientos y, por otro lado, el incremento de las demandas a los SSM por la mayor vulnerabilidad de la población, la escasez de profesionales y de formación en psicoterapias, y la cronicación que generan los propios servicios. Es una crisis de los SSM que requiere ser analizada y transformada. Nuestra propuesta, frente al paradigma biomédico y cognitivo-conductual, es la Clínica Grupal Operativa, que dota a los profesionales con instrumentos para que puedan pensar y reflexionar sobre las problemáticas en salud mental (diagnóstico, pronóstico y tratamiento). En nuestra clínica grupal sabemos que la enfermedad, en su evolución y pronóstico, siempre está determinada por tres variables: el paciente (recursos internos), el terapeuta (formación y recursos subjetivos) y la institución (recursos disponibles).

ALGUNOS AUTORES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y DE LA CLÍNICA GRUPAL EN ESPAÑA

Hablar de psicoterapia de grupo y de clínica grupal en el momento actual es una exigencia clínica y ética en el campo de la Salud Mental. Nos sentimos comprometidos e implicados desde hace años por múltiples cuestiones, entre ellas, los dos graves problemas señalados: el primero, la medicalización del sufrimiento subjetivo; y el segundo, el abuso de psicofármacos en Atención Primaria y en Salud Mental. Os proponemos este dossier sobre la clínica con los grupos con el deseo de compartir e intercambiar nuestras teorías y prácticas terapéuticas grupales, realizadas desde diferentes orientaciones teóricas en diversos dispositivos, psicopatologías y franjas de edad, y con la esperanza de orientar las transformaciones que consideramos necesarias para la asistencia psiquiátrica y psicológica de nuestro país.

En el dossier intervenimos varios compañeros con una larga experiencia de psicoterapia de grupo en los SSM. La mayoría de los autores pertenecemos a la Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN, una sección muy activa en el objetivo de promover y difundir la clínica grupal y la psicoterapia grupal en los SSM. La clínica grupal ha sido central en todas las ponencias de Jornadas y en los libros publicados.

En este dossier intentamos transmitir nuestro deseo de que la clínica grupal sea de elección en los servicios públicos y que las metodologías grupales sean preferentes para la organización de la institución y para afrontar las diversas tareas institucionales. Consideramos que solo si se da una buena organización de la institución se podrán afrontar las complejas problemáticas de salud mental de la población. Se precisan instrumentos y herramientas para la transformación y el cambio de los SSM, y uno fundamental es la clínica grupal, que propone espacios grupales novedosos y de gran interés: los grupos de evaluación diagnóstica, los grupos psicoterapéuticos (pareja, grupo, familia e interfamiliar), los grupos de crisis, los grupos corredores-terapéuticos, los grupos de rehabilitación, los grupos de reflexión institucional, los grupos comunitarios o los grupos de análisis personal, entre otros.

Aunque en este dossier no se aporte ningún trabajo sobre la formación, ha sido una temática de reflexión en otros artículos de la *Revista de la AEN*. Sabemos que para que la formación sea realmente de aprendizaje y de reflexión personal ha de realizarse en grupos que analicen los denominados fenómenos contratransferenciales del terapeuta, al ser esenciales en la clínica grupal. Los grupos de formación, como los grupos de supervisión, tienen efectos terapéuticos en los profesionales. De mayor interés aún son los grupos de análisis personal, la participación de los profesionales en espacios de clínica grupal operativa, lo que Bauleo denominó “Psicoanálisis Operativo” en el título de su último libro.

El grupo es un instrumento privilegiado para la incorporación de conocimientos, teóricos, prácticos y afectivos, para la organización institucional y el campo terapéutico, y también para la investigación de las prácticas psicoterapéuticas. Como hemos dicho, el objetivo es elegir las más eficaces para los SSM, en el proyecto de una mejor Salud Mental para los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Freud S. El malestar en la cultura. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.
- (2) Gómez Esteban R. El discurso grupal en las patologías neuróticas, psicóticas, borderline y enfermedades orgánicas. *Rev Área 3*; 2018: extra nº 3.
- (3) Lamas S. El DSM III y el consenso. *Boletín de la Asociación Galega de Salud Mental* 1987; 8.
- (4) Davies J. Necesitamos desmedicalizar el sufrimiento. 20 minutos.es 17 marzo 2022. Disponible en: <https://www.20minutos.es/noticia/4968549/0/entrevista-james-davies-autor-sedados-salud-mental-abuso-antidepresivos/>
- (5) Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010; 65(2): 98-109.
- (6) Duro JC, Ibáñez ML, López L, Vignale R. Dispositivos grupales en salud mental comunitaria. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R. *La concepción operativa de grupo*. Madrid: AEN, 1990.
- (7) Johnstone L, Boyle M. El marco del poder, amenaza y significado. *The British Psychological Society*, 2018. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>