



O MEDO

Salvados polo medo

Raquel Lagares

A torre de Maiden e outras historias:
de como os medos dos pais influen na
crianza e no desenvolvemento dos fillos

Raquel E. San José e Pilar García

A permanencia dunha parella en base ó medo

Daniel Latorre

Os Medos do Terapeuta: abordaxe dende o psicodrama

Marisol Filgueira

Medo na Residencia

Cristina Alonso, Carlos Losada e Almudena Campos

O medo e as artes

Luis Vila

FERRAMENTAS

A técnica de Exposición na terapia das fobias:

venta, compra, e servizo de reclamacións

Carlos Álvarez

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1:

Avaliación Neuropsicolóxica e intervención
psicoterapéutica nun caso de status epiléptico:
adaptación á enfermidade e familia

Sabela Bermúdez e Alicia Carballal

Caso clínico 2:

Personalidade, sexo, droga e smartphone

María Carou

Nº7 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

Consello Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
Luis Carlos Álvarez García, Tesoureiro
Alicia Carballal Fernández, Vogal
Rosa Cerqueiro Landín, Vogal
Mercedes Fernández Cabana, Vogal
Ignacio Dopico González, Vogal
Dolores Mosquera Barral, Vogal

Consello de Redacción

Marta González Rodríguez (Directora)
Adalberto Iglesias Doval
Noelia Pita Fernández
Patricia Tamara Rego Ribeiro
Xacobe Fernández García
Laura López López
Delia Guitián Rodríguez

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados. As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello Editorial.

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Españeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Deseño e maquetación

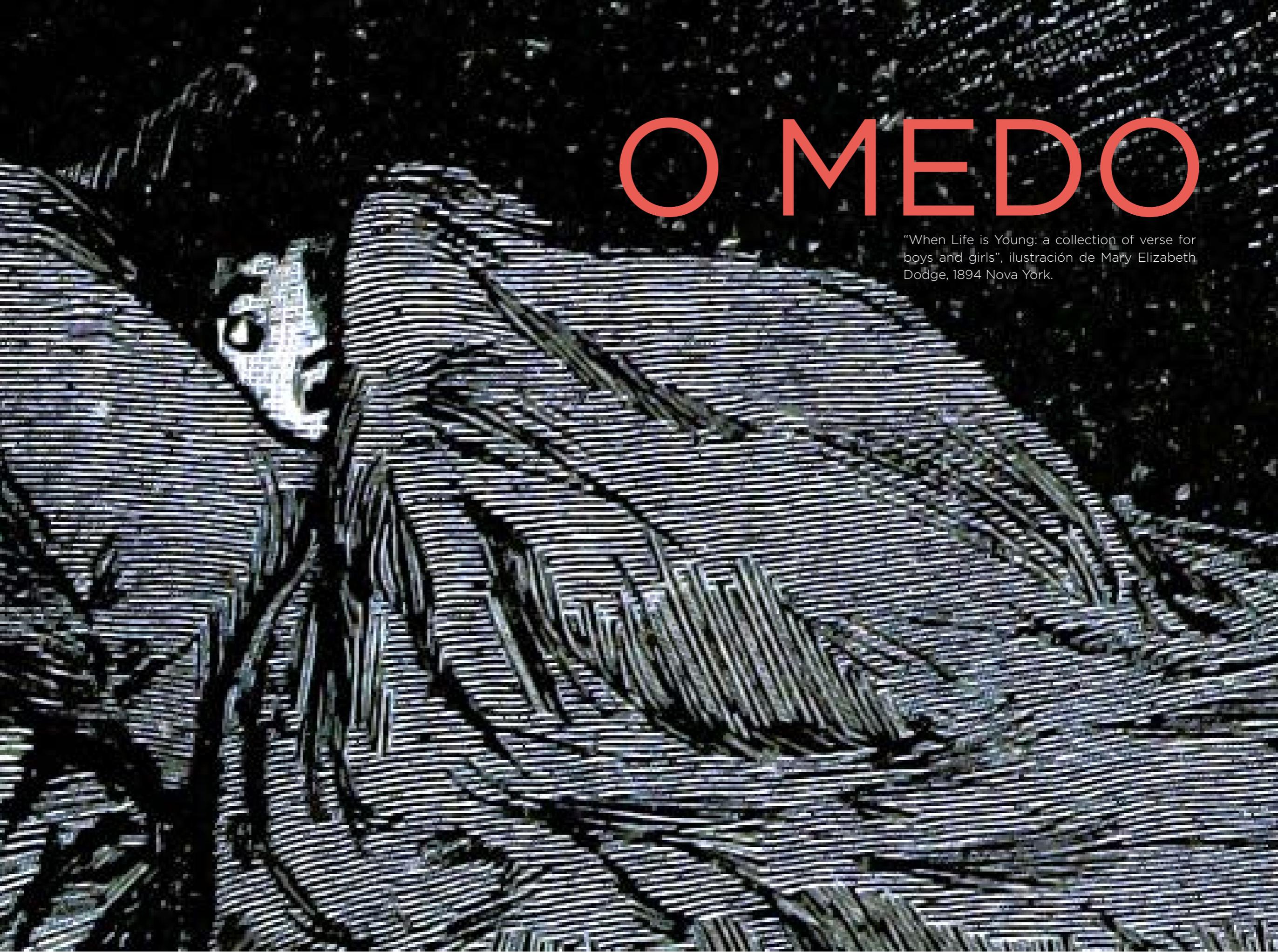
ekinocio comunicación

Ilustración de portada

“When Life is Young: a collection
of verse for boys and girls”
de Mary Elizabeth Dodge, 1894 Nova York

ISSN: 2444-6653.

- 4 Presentación
 - 6 Salvados polo medo
RAQUEL LAGARES
 - 13 A torre de Maiden e outras historias:
de como os medos dos pais inflúen na crianza
e no desenvolvemento dos fillos
RAQUEL E. SAN JOSÉ E PILAR GARCÍA
 - 28 A permanencia dunha parella en base ó medo
DANIEL LATORRE
 - 34 Os Medos do Terapeuta: abordaxe dende o psicodrama
MARISOL FILGUEIRA
 - 50 Medo na Residencia
CRISTINA ALONSO, CARLOS LOSADA E ALMUDENA CAMPOS
 - 56 O medo e as artes
LUIS VILA
-
- FERRAMENTAS**
- 66 A técnica de Exposición na terapia das fobias:
venta, compra e servizo de reclamacións
CARLOS ÁLVAREZ
-
- CASOS CLÍNICOS**
- 81 Avaliación Neuropsicolóxica e intervención
psicoterapéutica nun caso de status epiléptico:
adaptación á enfermidade e familia
SABELA BERMÚDEZ E ALICIA CARBALLAL
 - 89 Personalidade, sexo, droga e smartphone
MARÍA CAROU



O MEDO

“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls”, ilustración de Mary Elizabeth Dodge, 1894 Nova York.



PRESENTACIÓN

”A lección máis importante que pode aprender o home na vida non é que no mundo existe o medo, senón que depende de nós sacar proveito del e que nos é permitido transformalo en valor”

TAGORE

Estrenamos novo consello de redacción con este número e nel quixemos voltar á tónica dos Anuarios iniciais, elexindo un tema central do que tratamos de dar varios ángulos de visión que inviten á reflexión.

Engadimos un par de puntos novos que pretendemos manter en futuras edicións: o apartado “Ferramentas”, no que se fala dunha técnica concreta de intervención relacionada co tema central, e o apartado “Casos Clínicos”, que é de participación aberta para calquera socio da Sección, que queira compartir o seu traballo nese formato.

E agora pensando nesta presentación, doume conta que quizáis o tema elexido non sexa casualidade logo se partimos dese contexto de nova andadura de equipo... O MEDO.

Cando lle explico ós meus sobriños de 4 e 6 anos a que me adico recorro ó medo: *“axudo ás persoas cos seus medos”*. Simple, pero axústase bastante á realidade. O medo, esa emoción básica e universal, e básica tamén no noso traballo. E non só porque as queixas relacionadas ca ansiedade sexan o noso principal motivo de consulta hoxe en día, senón porque o medo é transversal a moitos dos problemas que tratamos na consulta: medo a danar, medo a perder, medo a non volver a ser o mesmo, medo... a ter medo, ou a non telo, porque sen medo quizáis tampouco habería cambio. E xusto así comencamos a pensar no medo.

Buscando ese lado máis amable do medo, Raquel Lagares en *“Salvados polo medo”* fálanos do medo coma unha ferramenta de reflexión e unha vía para o crecemento, non só para o individuo senón para a sociedade en xeral.

A ollada dende a clínica da infancia aparece no artigo *“A torre de Maiden e outras historias: de como os medos dos pais inflúen na crianza e no desenvolvemento dos fillos”*, Raquel E. San José e

Pilar García dan un enfoque diferente do medo na infancia, poñendo o foco nas angurias paternas e a influencia de éstas no desenvolvemento dos nenos e rapaces.

Daniel Latorre fálanos en *“A permanencia dunha parella en base ó medo”* de como o medo nos leva a manernos en situacións relacionais pese á infelicidade, e ás dinámicas que se xeran.

Nun intento de autorreflexión, asomámonos tamén ós medos do terapeuta. Buscando para iso, dous enfoques: o da experiencia, no artigo de Marisol Filgueira *“Os Medos do Terapeuta: abordaxe dende o psicodrama”*; e o do terapeuta nobel no artigo de Cristina Alonso, Carlos Losada e Almudena Campos: *“Medo na Residencia”*. Para a reflexión persoal queda se mudan moito ou non ditos medos, se nós somos bos abondo para expoñernos tal e como lle pedimos os nosos pacientes e, quizáis, a oportunidade de reconciliación con algún deses medos, polo que nos aportan no noso traballo.

E, coma toda emoción básica precisa ser comunicada e compartida para ser integrada, incluímos un enfoque máis cultural, facendo un repaso das representacións do medo en cada unha das sete artes. Luis Vila encárgase desta ollada en *“O medo e as artes”*.

Neste número, como non podía ser doutro xeito, no apartado *“Ferramentas”*, falamos da Exposición. Carlos Álvarez achéganos esa visión práctica en *“A técnica de Exposición na terapia das fobias: venta, compra, e servizo de reclamacións”*.

O número remata con dous Casos Clínicos: Sabela Bermúdez e Alicia Fernández en *“Avaliación Neuropsicolóxica e intervención psicoterapéutica nun caso de status epiléptico: adaptación á enfermidade e familia”* debullan a intervención realizada e suliñan a importancia das abordaxes integrais e ecolóxicas na rehabilitación neuropsicolóxica en Dano Cerebral. Por outra banda, María Carou en *“Personalidade, sexo, droga e smartphone”*, partindo dun caso complexo reflexiona sobre a relación entre un trauma non detectado e as condutas autodestructivas nas drogodependencias.

E a mín, gustaríame rematar esta presentación agradecendo a todos os que fixeron posible este traballo, principalmente ós autores e ós meus compañeiros do equipo de redacción que aceptaron a miña convidación sen (moito) medo.

1

SALVADOS
POLO MEDORaquel Lagares Rodríguez
PSICÓLOGA CLÍNICA

Resumo: Ó longo deste traballo inténtanse dar a coñecer outra das caras do medo: a que nos ensina sobre nós mesmos e a sociedade na que habitamos; a que motiva e mobiliza para o cambio, a creatividade o o establecemento de vínculos.

Palabras chave: medo, vínculo, cambio, sociedade.

Abstract: Saved by fear.

Throughout this paper we attempt to present another face of fear: the one that teaches us about ourselves and the society we inhabit; the one that motivates and mobilizes people for change, creativity and establishing links.

Keywords: fear, link, change, society.

“O meu medo é a miña sustancia e,
probablemente, o mellor de mí mesmo”.

FRANZ KAFKA

Temor, preocupación, ansiedade, inquietude, anguria, aprehensión, arrepío, receo, susto, pánico, fobia, espanto, desasosego, horror, pavor, incerteza a familia do medo é extensa. Asustar, alarmar, sobressaltar, atemorizar, amedrentar, intimidar, acovardar, asustar, aterrar, espantar, horrorizar, horripilar... variadas sus acciones. Denominado paixón, afecto, emoción ou sentimento no que sí coinciden os numerosos autores que teñen ocupado deste tema é en que o medo acompaña á humanidade dende as súas orixes e, ao individuo, dende a súa cuna. Pero o medo non constitúe, únicamente, un fenómeno biolóxico (¿existe algo, a estas alturas, que lo sexa xa?), éo tamén psicolóxico, social, cultural e político. Do seu estudo ocupáronse filósofos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos, economistas, políticos por no falar da súa influencia no cine, na literatura e nas artes. Quizáis os “artistas da ansiedade”, como chamaba Truffaut a Kafka, Dostoievsky, Poe y Hitchcock, non poidan axudarnos a vivir (¿ou tal vez sí?) pero ao facer dos seus medos e obsesions o material do seu traballo e compartilo connosco poden axudarnos a coñecernos mellor, obxectivo fundamental da obra de arte.

¿Terá algo bo isto do medo? Ao longo das lecturas que realicei para axudarme na composición deste artigo ninguén parece dubidar do valor do medo como emoción imprescindible para a supervivencia da especie e a súa función protectora ante situacións obxectivamente perigosas e ameazantes para a nosa integridade física. Na maior parte dos textos, tras esta benevolente introdución, comeza unha ferverza de acusacións sobre o medo e os seus efectos negativos, sobre o seu uso para a dominación e a explotación, para o prexuízo e a exclusión, para a inmovilidade e a desunión. Sen negar este aspecto, é a miña intención aquí centrarme no primeiro, espremer o seu aspecto máis positivo, motivacional, mobilizador, relacional, xerador de cambios, indicador de obxectivos e no seu potencial creativo.

Unha das clasificacións que se fixo das emocións é a de dividilas en positivas ou negativas. Pero, ¿por qué unha emoción, de por si, tería que ser positiva ou negativa? Creo que o prexudicial dunha emoción sería o feito de quedar atrapado por ela, nela. E que non se adaptase ao contexto e a relación na que xorde. Porque o medo nos pon en relación: connosco, cun obxecto, cunha persoa, cun grupo, co mundo. Non é só unha forma de falar do mundo senón de ser no mundo, de implicarse no mundo. Robert M. Gordon clasifica as emocións en fácticas e epistémicas. As primeiras son provocadas por feitos xa acontecidos. As segundas derivan dunha incerteza. O medo pertencería a este grupo, predispón a actuar dalgunha forma. A incerteza da que se alimenta o medo pon de relevo a vulnerabilidade característica dos seres humanos. A acción motivada polo medo tratará de evitar ese estado

Citando a Tizón (1998) *"...según numerosos etólogos e segundo algúns psicoanalistas e psicólogos dinámicos, a tendencia a experimentar medo ante o que chamaremos indicios naturais do perigo ten que entenderse como connatural ao home... Todas estas respostas de ansiedade preprogramadas sono ante sinais ou estímulos potencialmente perigosos, pero non intrinsecamente perigosos (...) tales manifestacións de ansiedade nesas situacións e entre elas a que nos ocupa máis directamente (a soidade, a perda do obxecto ou, mellor dito o perigo de), non poden ser consideradas nin "fobias" nin "infantís", xa que... son comúns na infancia e permanecen, máis ou menos, atenuadas ata a senectude... habería que preguntarse se non é máis "patolóxica" a actitude e representacións mentais de quen non sente nunca conscientemente ansiedade ante a soidade ou o perigo dela, a do self-made-man... a do personaxe individualista e insolidario, a do autosuficiente, que as condutas e representacións mentais da persoa dependente que mostra a miúdo a súa necesidade do outro".*

O conto "Xan Sin Medo" dos irmáns Grimm ("O conto dun que saíu a aprender o medo", sería a tradución literal do título, iqué diferencia con algúns dos contos actuais nos que se adoita tratar de desaprender o medo ou facer do mesmo un espectáculo! Consideralo algo do que desfacerse -moi psicoloxía positiva, moi autoaxuda- ou facer diso un simulacro -tomándome a licenza de apropiarme de Baudrillard), di Bettelheim (1977), trata da necesidade de poder experimentar a sensación de medo, condición previa imprescindible, para encontrar unha satisfacción vital. Este Xan, co que supoño estaría de acordo Tizón, recoñece que non poder sentir medo é un defecto. Sentir medo é humano. Estanos a falar Xan de medos que é necesario non ocultar, sentir, vivir, compartir, para poder alcanzar unha satisfacción vital. Insinúa que baixo unha ostentosa falla de angurias poden agocharse temores aos que se negou o paso á conciencia.

Outro contista que me vén á cabeza é Maurice Sendak. No seu conto "Onde viven os monstros", Max, protagonista da historia, percorre unha longa travesía para chegar ao país dos monstros e facerse o rei de todos eles. Nos seus libros, Sendak, non oculta aos nenos dos seus medos nin os in-



Ilustración H.J. Ford para "Xan Sin Medo", 1889

tenta converter en algo infantil. Enfróntaos con eles para que os vivan e se apropien destes. Despois Max regresa ao seu fogar *“onde topou a súa cea que aínda estaba quente”*. Porque para saír a explorar precísase unha base segura á que regresar. Neste conto asistimos á loita interna de Max para manexar sentimentos complexos como a rabia, o medo e a soidade: *“Queremos protexer os nosos nenos de novas e dolorosas experiencias que están máis alá da súa comprensión emocional e que lles producen ansiedade. Pero o que se ignora demasiado a miúdo é o feito de que dende a máis temperá idade os nenos conviven con emocións perturbadoras, que o medo e a ansiedade son parte intrínseca das súas vidas, que continuamente soportan a frustración como mellor poden. E é a través da fantasía que os nenos alcanzan a catarse. É a mellor forma que teñen de domar as cousas salvaxes”* en palabras do autor.

Xa dende a infancia o xeito no que expresamos os nosos primeiros medos ante a separación (e digo medo porque o obxecto que crea a ansiedade parece o suficientemente claro) e o xeito no que os nosos cuidadores responden ante esa expresión vai configurando e conformándonos a nós mesmos e as nosas relacións. Recentemente lía unha entrevista na que Guillermo del Toro, director de películas de terror e fantasía, tras definir o medo como *“unha emoción bela, poética e sublime”* afirmaba que: *“aprendín o verdadeiro significado do medo cando me convertín en pai”*. Sentir medo polo outro. O medo fainos conscientes da nosa fragilidade ou, porque somos fráxiles temos medo. O medo (as emocións, os sentimentos) sempre remite a unha relación, a un vínculo: connosco mesmos, cos outros, coa sociedade.

Medo e seguridade, medo e esperanza parecen ir sempre xuntos. Non se trata de aspirar a un mundo libre de medos (algo imposible e, por outra parte, pouco desexable) senón a un espazo onde os nosos medos sexan o máis manexables e frutíferos posibles. Para iso é condición ineludible nomealos. Despois de poñerlles cara pódese pensar no cambio, a estratexia, a acción. ¡Non teñades medo! (primeiras palabras de Xoan Pablo II tras ser elixido Papa), non parece ser o máis apropiado para explorar e resolver esta emoción, senón ¿a qué tedes medo? Moitos postulan o nacemento das relixións como unha das maneiras de conxurar o medo dos homes (e, á vez, de atemorizalos). Non se pode negar a gran riqueza cultural e artística procedente das relixións e o moito que nos poden contar acerca da humanidade. No mundo grego (alá polo VII-VI a.C) tivo lugar o chamado paso do mito ao logos. Pasouse, gradualmente, dunha explicación da natureza e a sociedade baseada nos mitos a unha explicación baseada na razón. Pero o logos tampouco está libre de medos. E o Século das Luces tampouco logrou disipar as sombras que acompañan ao ser humano.

O medo non é unha emoción pracenteira, agás cando é buscada nos deportes de risco, na contemplación de obras de arte, na literatura, no cine... unha emoción, unha excitación, buscada e controlada. A atracción do xénero de terror reside, precisamente, en que produce desagrado, repugnancia,

WHERE THE WILD THINGS ARE



STORY AND PICTURES BY MAURICE SENDAK

Portada do libro *“Where Wild Things Are”*, Maurice Sendak, 1963

medo. Non deixa de ser curioso que o xénero de terror apareza por primeira vez no século XVIII, que é a idade da razón, como unha especie de zona subterránea da Ilustración. Tamén nos gusta pasalo de medo.

E non obstante, parece que dicir “Teño medo” non goza de moito prestixio. Como escribe Delumeau: *“a pesar do seu carácter natural, o medo foi durante moito tempo oculto, ou culpabilizado polo discurso da nosa civilización... así, a historia do medo é tamén a da súa culpabilización en contextos culturais que valoran prioritariamente a valentía militar”*. Relata este autor como o medo se asociou á covardía ou *“á evidencia dun nacemento baixo”*. Parecería que se quere silenciar o medo, relegalo a un mero fenómeno individual, reduciilo a un defecto de carácter. Durante séculos o medo considerouse propio de ignorantes e alimento de todo tipo de supersticións. Para outros autores (Reguillo, 2000): *“o medo líbrase hoxe da vergoña e parece constituírse na única emoción capaz de achegar a salvación. Medo dos exércitos disfrazados de años, pero sobre todo, medo de non experimentar o medo salvador e quedar exposto, sen amuletos, ante as forzas inimigas”*. O medo como algo necesario para agudizar os sentidos, descubrir que perigo real se esconde tras o disface baixo o que se presenta, buscar estratexias, planificar, aumentar a sensación de fortaleza.

Ademais da xa consabida función protectora (fuxida, ataque, pasividade) do medo (da apropiación dos nosos medos, máis ben) emerxen outras posibilidades: o coñecemento dun mesmo, a toma de conciencia sobre os nosos intereses e necesidades (Delumeau), o potencial humano, a creatividade, o paso á acción, tanto individual coma colectivo. Para Lechner (2002) os nosos medos poden chegar a ser produtivos se contribúen a traducir as carencias en tarefas. O medo non só provoca que evitemos accións e situacións potencialmente perigosas, tamén nos pode axudar, mobilizar para desenvolver proxectos e habilidades que enriquezan as nosas vidas. Para ben (ou para mal, aínda que neste texto queremos ocuparnos do lado máis luminoso do medo) o medo cámbianos e constrúenos.

Segundo Kehl (2007) o medo é unha emoción que nos sitúa diante do descoñecido, permítenos espertar a nosa curiosidade e a disposición á coraxe superando, desta forma, a súa mera función conservativa da nosa supervivencia, posibilitando a expansión das nosas pulsións vitais. O espertar da creatividade, do cambio, necesita dunha carencia, dunha incerteza. Na mesma liña Mier (2008): *“e, paradoxalmente, o medo, ao someter ao suxeito á forza disruptiva de intensidades que superan os albores do propio, suspende as determinacións do cotián e revela a forza das determinacións e furores íntimos. O medo aparece entón con outra máscara. Ofrécese como unha vía do coñecemento de si...”* Dende a Antropoloxía fálannos do medo como elemento dos ritos de paso, do temor como proba de iniciación. Só o que a afronta con éxito é recoñecido como membro da sociedade. O medo é socializado e adquire unha función: o vivilo e superalo convértese en criterio diferencia-

“o medo líbrase hoxe da vergoña e parece constituírse na única emoción capaz de achegar a salvación.”

dor entre o mundo infantil e o adulto. Os nosos medos defínennos, non deben de ser ignorados ou temidos senón estudados. En ocasións sinálannos aquilo do que debemos apartarnos, noutras son o compás que sinala as nosas necesidades. O medo como unha ponte entre o anhelado e o desexo. En ocasións *“Temes o que desexas”* apuntaba o marxinal Groddeck.

Corey Robin (2009) céntrase no contido político do medo, enténdeo como unha forza conservadora para protexer os privilexios duns grupos sobre outros, unha barreira cara á inxustiza e desigualdade. O problema radica en que as sociedades aglutinadas baixo o seu paraugas han de ser capaces de discernir os conflitos reais sobre a inxustiza e desigualdade dos que o medo é só un síntoma. Como di Bauman (2007) *“o medo é máis temible cando é difuso, disperso, pouco claro; cando frota libre, sen vínculos, sen áncoras, sen fogar nin causa nítidos; cando nos rolda sen ton nin son; cando a ameaza que deberíamos temer pode ser entrevista en todas as partes, pero resulta imposible situala nun lugar concreto”*. Moi frecuentemente, un medo adoita ocultar outro. Ante unha situación de crise xorden por todas as partes os monstros máis temidos. O medo ocúltase baixo máscaras: hai que desenmascarar o medo. Aparecería aquí o medo como guía e ferramenta para obxectivar os problemas subxacentes dos que facerse cargo. Ás famosas citas *“A nada temo máis que ao medo”* (Montaigne), *“Do único que debemos ter medo é do propio medo”* (Roosevelt), fariálles unha pequena variación *“ao que máis temo é a non me apropiar dos meus (nosos) medos”*. Facéndolle un aceno a Oscar Wilde *“o mellor xeito de librarse do medo é caer nel”* (e non é isto o que lle propoñemos a moitos dos nosos doentes?). Cando colectivos sociais se fan cargo dos seus temores e do que subxacen a eles poden organizarse para converterse en acción (15 M, Plataforma AntiDesafiuzamentos, Afectados polas Preferentes, Gamonal, Mareas Brancas...). O temor disipa a comodidade, o quietismo, e leva ao grupo á mobilización, ao dinamismo. E, así, o medo cambia de bando. O medo convértese en arxila social, en dinamizador do cambio. Para Le Breton (1999) *“o home que pensa é un home afectado”*. A emoción, no noso caso o medo, deixa de ser un proceso fisiolóxico individual e intransferible, convértese en relación produto dunha construción social e cultural. Formula a existencia dunha cultura afectiva para explicar como os sentimentos son compartidos socialmente, cada sociedade tería a súa forma de expresar e nomear estes sentimentos. Isto non quere dicir que haxa unha determinación unicamente social, cada individuo elixirá como responder ante o seu grupo. O que me interesa destacar é que para Le Breton a afectividade é algo que está impregnando e transformando constantemente a relación do individuo e o seu mundo. A emoción é un modo de filiación a unha comunidade social, de recoñecerse, comunicarse e compartir a experiencia dunha vivencia común. Parecería que os modos de expresar, ritualizar, comunicar os medos e temores en certos sectores da sociedade actual estivesen a modificar.

A historia transcorre e o medo permanece. Cambian os motivos pero permanece a emoción. Como recolle Mannoni é máis interesante interpretar esta insistencia como que o medo terá algunha fun-

ción, algún sentido na existencia dos grupos. O medo como informador de esperanzas e desespe-
ranzas, das preocupacións e necesidades. Os poderes públicos poden observar os medos dos seus
gobernados para enfrontalos e buscar solucións pero, da mesma forma (e máis interesante parece-
me) *“o medo pode servir tamén, e con máis vigor aínda, para poñer de manifesto as lagoas ou ex-
cesos do poder político ou relixioso”*. O medo como indicador da saúde institucional. Pero tamén o
medo para facer tomar conciencia de si mesma a unha comunidade, para pasar de ser un conxunto
de individualidades a unha comunidade. Ao compartir a mesma inquietude no mesmo momento, a
emoción compartida, acentúa a presenza dos outros que coñecen e temen as mesmas cousas, con-
verténdoos en aliados para superar os mesmos riscos. Ao fío disto recordo unha pequena anécdo-
ta da miña infancia: pouco despois do atardecer, na aldea onde pasaba parte do verán, comezara
un incendio nun bosque próximo á poboación. En poucos minutos todos os veciños estabamos alí,
colaborando, intentando sufocar o lume. O medo non só separa.

Seguindo a Mannoni: *“non é nada asombroso comprobar que é tamén o medo o que se encontra
na orixe dos movementos populares, o que preside a rebelión, o que participa do afrouxamento das
tensións políticas, o que se converte en motor da reivindicación social e a loita”*.

O medo é un sentimento que cando é activado pode presentar unha capacidade extraordinaria
para promover modificacións nos comportamentos e hábitos individuais e colectivos, no xeito de
percibir e relacionarse co mundo. A parte dos mitos, tradicións orais, relixións... que serviron para
conxurar os temores humanos ao longo da historia, tamén debemos de agradecer ao medo a súa
achega ao progreso dos avances científicos e tecnolóxicos, sanitarios e de protección social, na
elaboración de leis... pero moitos destes logros pensados para a nosa protección e supervivencia
tamén xeran os seus temores: o que pode usarse para protexer tamén pode usarse para a destru-
ción e o ataque.

O orixinado grazas a e para superar o medo xera, á súa vez, novos medos. ¿Cal debe de ser o papel
do medo nunha sociedade do risco? Para Hans Jonas (1979), que se centra, sobre todo nas catás-
trofes ecolóxicas e no risco da desaparición da raza humana por este avance científico-tecnolóxico,
o temor converteríase no deber preliminar dunha ética da responsabilidade histórica. Como xa co-
mentamos anteriormente, dende a Ilustración, polo menos, frecuentemente o medo asociouse coa
ignorancia e a superstición, viuse como unha ferramenta en mans do poder para a dominación e
represión dos gobernados. Pero Jonas fala do “Principio de responsabilidade” para referirse á pos-
tura que debemos tomar ante o avance imparable e transformador da biotecnoloxía e, nesta postu-
ra dálle un lugar ao medo que invita a actuar, un temor que conduciría á responsabilidade. Propón
este autor unha heurística do medo onde o motor da responsabilidade vivida e sentida é o medo;
a representación do negativo pode ser máis importante que o convencemento racional. O medo a

*“o medo pode servir
tamén, e con máis vigor
aínda, para poñer de
manifesto as lagoas
ou excesos do poder
político ou relixioso”*

perder o que temos fai que nos ocupemos diso, que nos volvamos responsables. Só anticipando as posibles consecuencias negativas poñeremos en práctica a responsabilidade. ¿Que lle sucederá a iso se eu non me ocupo diso? Para Jonas *“a heurística do medo non ten seguramente a última palabra na busca do ben, é, non obstante, unha primeira palabra extraordinariamente útil”*.

Ganduxei este artigo seguindo o fío do medo, centrándome no que pode unir e crear, nos vínculos que pode entrelazar. Un fío difícil de seguir constantemente cortado pola, tamén, innegable capacidade destrutora e paralizadora desta emoción. Entre puntada e puntada, para facerme unha idea do que se transmite sobre o medo, dediqueime a escribir “medo” nos buscadores de varios xornais dixitais para comprobar que tonalidade imperaba nos titulares: moitos fan referencia a unha sociedade paralizada polo medo; outros critican as estratexias políticas do uso do medo; noutros faise referencia ao medo do goberno ante as mobilizacións sociais traducido en leis máis restritivas; ao medo entre políticos da mesma ou distinta ideoloxía; alpinistas, mariños e reporteiros de guerra afirmando que están vivos grazas ao medo; persoas co diagnóstico dalgunha enfermidade grave afirmando que o medo os fai estar máis alerta; futbolistas afirmando non ter medo a nada; profesionais varios matizando que non teñen medo senón respecto, artigos de psicoloxía dando pautas de como desfacerse dos medos; do medo á policía, aos xuíces... Varios titulares chamaron a miña atención, entre eles elixo o seguinte: en outubro do ano pasado un ministro deste país afirmaba: *“estase a perder o medo a perder o emprego”* para despois recoñecer que, aínda, non se pode aspirar a un emprego mellor. Se nos apropiamos dos nosos medos, dámoslles nome, talvez, teñamos a oportunidade de levar a cabo unha acción reflexiva, creadora, consciente. De permitir que se apropien dos nosos temores só podemos esperar a coacción. O medo ten algo que ensinarnos.

BIBLIOGRAFÍA

Camps, V (2011) El gobierno de las emociones. Herder: Barcelona.

Delumeau, Jean, et al. El miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural. Medellín, Colombia: Corporación Región, 2002.

Jaidar Matalobos, Isabel, comp. Los Dominios del miedo. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, 2002.

Kehl, M.R. (2007) Elogio do medo en Ensaio sobre o medo (comp. A. Novaes). Sao Paulo: Editora Senac.

Le Breton, D (1999) Las pasiones ordinarias. Nueva visión: Argentina

Mannoni, Pierre. El miedo. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.

Maximiliano E. Korstanje (2012): “Virilio, Elias y Robin. Terrorismo, Guerra y Temor”, en Revista europea de historia de las ideas políticas y de las instituciones públicas, 3, 13-25.

Mier, R. (2008) Políticas y estéticas del miedo: las afecciones crepusculares. Revista Trama, 30, 11-58.

Reguillo, R. (2000). Los laberintos del miedo. Un recorrido para fin de siglo. *Revista de Estudios Sociales*, 5, 63-72

Tizón, J. (1988) Apuntes para una psicología basada en la relación. Hogar del libro: Barcelona.

Walton, S. (2005) Humanidad: una historia de las emociones. Taurus.

2

A TORRE DE MAIDEN E OUTRAS HISTORIAS: DE COMO OS MEDOS DOS PAIS INFLÚEN NA CRIANZA E NO DESENVOLVEMENTO DOS FILLOS

Raquel E. San José
PSICÓLOGA CLÍNICA. CO-DIRECTORA
DO CENTRO DE PSICOTERAPIA
AGARIMO, PONTEVEDRA

Pilar García Cortázar
PSIQUIATRA DA USMIX DO COMPLEXO
HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

Resumo: Neste artigo tratamos de representar os medos que os pais sofren na crianza dos seus fillos nas distintas etapas da súa vida, dende o momento do embarazo ata a adolescencia considerando tamén a etapa da primeira infancia e etapa escolar, deténdonos nas características específicas de cada momento evolutivo. Analízanse non só os temores dos pais, senón tamén as consecuencias e manifestacións sintomáticas delo no desenvolvemento dos fillos, tratando de exemplificalo a través de viñetas clínicas.

Palabras chave: medos, crianza, etapas evolutivas

Abstract: In this article we have tried to reflect the fears that parents suffer in their children's rearing in their different life stages from pregnancy to teenage, also considering infancy and schoolage, stopping at the specific features of each evoluteive stage. We analyze not only the parent's fears, but also its consequences and symptomatic manifestations in the children's development trying to exemplify it through clinical cases.

Keywords: fears, rearing, evoluteive stages.

Conta unha lenda que un sultán turco tiña unha filla e un oráculo interpretou que morrería pola mordedela dunha serpe velenosa no seu 18 aniversario. Co fin de impedir esta profecía, o sultán decidiu situala lonxe da terra para mantela afastada das serpes. Ordenou construír unha torre no centro do Bósforo, a Torre de Maiden, co fin de colocar alí a súa filla ata despois do seu aniversario número 18. A princesa foi situada na torre e só o seu pai a visitaba con frecuencia. No seu aniversario número 18, o sultán levoulle unha cesta de froitas como regalo de aniversario. O sultán estaba encantado por ser capaz de evitar a profecía; non obstante, cando a princesa se achegou á canastra, unha serpe que se escondera entre os froitos picouna e ela morreu nos brazos do seu pai. Así, finalmente, a profecía do oráculo converteuse en verdade.

Esta lenda ilustra os medos fundamentais que os pais enfrontan no coidado dos seus fillos, o temor a que algo terrible lles suceda e o temor a non ser suficientemente bos para eles. Estas emocións anubran o entendemento, nesta lenda ata tal punto que xeran unha reacción de

sobreprotección extrema, ignorando os sentimentos da princesa que permanece illada, e xerando unha profecía autocumprida.

A maioría dos estudos sobre a psicopatoloxía dos nenos céntranse unicamente no neno, nunha formulación unidireccional. Non obstante, resulta fundamental considerar a forma na que os pais viven a relación co seu fillo e as repercusións que esta pode ter no funcionamento psíquico do neno.

Dende o momento que unha parella decide ter un fillo xorden neles temores arcaicos que como pais deben manexar; segundo as defensas que poidan despreparar así será o seu afrontamento da paternidade; non podemos esquecer que os pais son persoas que teñen a súa personalidade, a súa historia de vida, arrastran os seus medos particulares, etc. Na maioría dos pais existe unha compulsión a atribuír ao neno todas as perfeccións e de ocultar e esquecer todos os seus defectos. Pero os fantasmas e roles imaxinarios inconscientes dos pais determinan a representación de si mesmos e as condutas que teñen cos seus fillos no sentido máis xeral do termo: actitudes e actuacións verbais e non verbais, mostras de afecto, omisións... Non sempre captamos polo miúdo estes mecanismos nunha situación determinada, pero a experiencia terapéutica móstranos con frecuencia comportamentos relativamente simples nun pai que acompaña ás súas proxeccións e identificacións e que ten repercusión directa sobre o seu fillo.

O medo a que algo terrible suceda ou o medo a non ser o suficientemente bo pai/nai para o meu fillo concréntanse en distintas expresións condutuais, que varían segundo o momento evolutivo. Neste artigo intentaremos describir algunhas das formas que toman estes medos, polo menos as máis comúns

.Durante **o embarazo** as nais experimentan moitos temores ante os cambios que van suceder. A futura nai atravesará unha crise madurativa, debendo renegociar as súas experiencias infantís en relación a figuras significativas, particularmente aos seus pais, así como ás súas propias experiencias como bebé e meniña. Un proceso similar sucede en relación ao bebé real e á representación interna do bebé; finalmente hai un novo traballo que inclúe revisar a relación co seu propio pai e a integración do papel do marido ou compañeiro.

O embarazo acompáñase dun estado de tumulto emocional e unha accesibilidade aumentada aos procesos inconscientes, reaparecendo ansiedades primitivas, como o medo a perder a propia identidade, ou o medo a danar ao feto, que requiren un proceso de elaboración e contención, coa desintegración parcial das habituais estruturas defensivas e o restablecemento dunha nova organización defensiva.



“Lilliput lyrics”, ilustrado por Chas Robinson, 1889

Neste proceso, na maioría das culturas a muller vólvese cara á súa propia nai ou a familia extensa en busca de axuda, e dado que na nosa sociedade actual isto non sempre é posible, a través deste mecanismo poderíase explicar a proliferación e ávida lectura que fan as mulleres xestantes das revistas acerca do embarazo, así como as reunións e conversacións entre elas, cun importante valor preventivo. Isto vai xerando unha capacitación no seu novo papel de nai.

O temor fundamental ao que se enfrenta a futura nai é o temor á morte do bebé que vai nacer, a sufrir un aborto, a que os seus hábitos non sexan o suficientemente saudables para o axeitado desenvolvemento do seu fillo, temores que debe negociar a nivel emocional. Neste sentido son moi frecuentes as consultas médicas en relación á alimentación. Unha muller embarazada consulta con urxencia polo terror a xerar problemas no desenvolvemento do seu fillo ao ter suprimido o peixe da súa dieta, buscou os efectos no feto e represéntaselle na súa mente a imaxe do cretinismo, efecto grave do hipotiroidismo conxénito (falta de lodo cuxa principal fonte é o peixe), medo que se calma e desaparece ante a escoita empática e tranquilizadora do seu médico; resulta unha forma adaptativa de conxurar estes temores. Tamén é común o temor a danar o futuro fillo despois de fumar un cigarro, bebido algunha copa ou por manter relacións sexuais. Este temor tamén se expresa na tensión que acompaña a consulta de revisión do embarazo, a muller expectante ante a cara do xinecólogo, interpretando calquera xesto do médico como referido a ela, esperando a confirmación de que todo vai ben. A palabra e o coidado do médico son moi necesarios para o coidado emocional da futura nai.

Outro gran temor é ante o momento do parto, medo inicialmente a non identificar os sinais que avisan dun parto inminente, de non chegar a tempo; posteriormente medo na evolución deste. Un dos recursos máis sans que teñen as futuras nais é compartir con outras nais, cos profesionais sanitarios os seus medos, esta posta en palabras en común ten un gran valor preventivo.

Os pais afrontan tamén diversos medos, medos que, a diferenza das mulleres, xeralmente non comparten con ninguén. Os varóns adoitan dirixir as súas preocupacións aos coidados de protección física e provisión económica, preocupación de se serán capaces de protexer a súa familia e mantelos economicamente. Os pais afrontan de forma diferente ás nais os coidados médicos, estas espéranos con impaciencia, chegan a establecer unha relación de dependencia do seu xinecólogo, de tal xeito que a súa consulta se converte nun lugar seguro; mentres que eles non están afeitos a esta consulta, séntense atordados, avergoñados e inhibidos, temen non estar á altura das circunstancias no momento do parto, temen desmaiarse ou marearse cando vexan o proceso do parto; non resulta infrecuente o abandono da sala de partos dos pais verbalizando ter fame ou sede, evadirse nos crucigramas...No momento do parto o pai enfróntase ao medo a perder o bebé e ao medo a perder a súa parella. Tipicamente o primeiro que din os pais cando saen da sala de partos é “o bebé e a miña esposa están ben, é unha meniña”, o segundo “non me mareei e non tiven problemas”.

Durante o **primeiro ano do bebé** a representación dos temores de desaparición/dano do bebé, engrenado co temor de non ser “a mellor nai”, exprésase moi comunmente na frecuente asistencia a consultas médicas urxentes cunha demanda imprecisa e ás veces francamente reivindicativa por síntomas como cólicos do lactante, febre de 1-2 horas de evolución, estrinximento de menos de 24 horas..., síntomas que non constitúen unha urxencia real, senón unha urxencia percibida pola familia. Estes pais afrontan malestares comúns, pero están dominados polos contidos ansiosos e pensamentos tan arraigados como que pode pasar algo malo, que se pode morrer, que é mellor previr que curar”. Mentres o neno demanda seguridade as os seus pais non lla poden achegar. A familia móstrase asustada, ansiosa e insegura, con sentimentos de culpa pola enfermidade percibida do seu fillo e buscando a reparación e seguridade dunha voz autorizada; encóntrase cunha culpa-medo por non saber coidar do seu fillo. Se os pais reciben unha mensaxe que reforza as súas competencias, mensaxes sensibles e consistentes sobre o bo coidado que dan ao seu fillo poderán vencer este medo, o cal leva consigo sensibilidade por parte do pediatra, que esixe vencer a actitude defensiva hiperracional “non é unha urxencia médica real”, comprensible no contexto da fatiga inherente ao traballo na urxencia.

Este modo de escoita e atención aos medos dos pais non só pode axudalos a desenvolver pouco a pouco un sentido de competencia, senón que tamén redundará nunha maior seguridade percibida por parte do bebé. No caso contrario, acrecentaranse os medos dos pais. Cando xinecólogos, pediatras ou matronas cuestionan aos pais e actúan de xeito punitivo (por exemplo, polas consultas médicas repetidas) aumentan os seus sentimentos de inseguridade que, inevitablemente, van repercutir na relación co fillo.

Por outra parte, os pais experimentan neste primeiro ano de vida do bebé, un cambio fundamental e permanente na súa identidade individual e de parella, proceso que esixe elaborar o dó da etapa anterior, a perda da liberdade; dó que a muller vai realizando durante o embarazo, e nos varóns adoita ser máis tardío, en relación a renuncias persoais que deben ser xestionadas como parella. Os pais afrontan unha restrición no seu tempo de ocio, deben renegociar a súa relación de parella, negociacións básicas para a estabilidade familiar.

Na **etapa preescolar**, superada a xestión emocional da xestión, nacemento e primeiros coidados, a expectativa está nos logros evolutivos esperados: a aparición dos primeiros pasos, das primeiras palabras, etc. Cando os fitos evolutivos se desenvolven no “tempo esperado”, os medos e preocupacións dos pais diminúen, porque teñen un fillo normal, ou mesmo moi listo, se estes fitos se alcanzaron con certa precocidade. Pero se o fillo se atrasa na adquisición da linguaxe, na deambulación, ou o control de esfínteres, dispáranse as alarmas. Na maior parte dos casos esta observación atenta do fillo ten un efecto positivo, pois permite detectar de forma temperá dificultades do desenvol-



“Lullabies of Many Lands” de Strettell, 1894

vemento no neno. Non obstante, naqueles casos en que os pais están dominados polo temor, non están a realizar unha observación atenta do fillo, senón que confirman unhas sospeitas ditadas polo medo. Unha familia consultou connosco porque o seu fillo de 14 meses non camiñaba. Ao realizar a historia clínica detallada, infórmannos dunha lentitude na adquisición doutros fitos (sedestación, locución); non obstante, os seus pais cada día comprobaban se camiñaba ou non, poñíano de pé para ver que facía. Deixaran de poñer atención a outros comportamentos do bebé de tan preocupados que estaban por que non aprendese a camiñar. O medo que paralizaba aos pais paralizara tamén ao fillo, de tal xeito que no momento en que os seus pais deixaron de poñelo a proba camiñou.

No desenvolvemento normal dos fillos vaise producindo o proceso de individuación consistente na separación física e mental dos seus pais, proceso que pode verse interferido polos medos dos pais. A sobreprotección crece no medo de que ao fillo lle suceda algo malo e na culpa de non ter sido a/o mellor nai/pai. Os pais deben permitir que os seus fillos xestionen as súas propias necesidades e conflitos, pero os pais sobreprotectores séntense responsables de resolvelas, anticipándose á resposta do fillo. Cando os fillos empezan a camiñar os seus pais interfíren os seus pasos, a exploración do mundo exterior, temerosos de que se golpee, alarmados polos perigos que perciben, interferindo e atrasando que o neno siga probando e reforzando as súas aprendizaxes. Nunha ocasión coñecemos unha nai que mentres falaba na consulta, observaba atentamente os movementos do seu fillo, berrándolle un sonoro “coidado coas esquinas” cada vez que o neno realizaba o mínimo desprazamento, e por moi lonxe que este estivese destas. Esta actitude inconsciente obstaculiza o desenvolvemento da autonomía que os nenos precisan para facilitar a súa adaptación ao mundo exterior, deben ser eles os que aprendan a esquivar as serpes que aparecen no seu camiño de vida.

Estes procesos móstranse tamén nas dificultades para comezar a facilitar as frustracións necesarias para o bo desenvolvemento (a eliminación da lactación natural, do biberón, a separación nocturna...), enmarcados nese temor a que sufran innecesariamente na inxenua concepción de “a infancia feliz”. Este concepto en ocasións reflicte unha reacción ante vivencias dolorosas dos pais na súa infancia (“non” quero “que pase polo que pasei eu”), noutras unha falta de conexión coa súa propia infancia, pais que parecen ter esquecido feitos inherentes ao desenvolvemento, ou mesmo unha expectativa esaxerada de realización a través dos seus fillos que ocultan conflitos non resolto na vida dos seus pais.

Acoden a consulta Jorge de 4 anos e ambos os dous pais porque “vomita todas as mañás dende Novembro ao ir ao colexio, non sucede en vacacións e fins de semana, ademais ás veces faise caca enriba; pero falamos coa profesora, falamos moi seriamente con ela, tiña que cambiar, queixámonos ao director, só lle pasaba o noso fillo na clase”. Mentres a súa nai fala Jorge permanece no seu colo, mira aos xoguetes da sala con ollos golosinos pero non vai cara a eles; o seu pai preguntalle se o

acompaña a xogar (os xoguetes están na mesa anexa no despacho). Na consulta non se consegue ningunha palabra de Jorge: “é que fala pouco cos adultos, non sei por que; tamén dixeron no colexio que fala mal, na casa non o notamos”. Os seus pais preguntan se sería bo quitarlle o biberón: “almorza e cea biberón, alguén nos dixo que llo quitásemos, pero non quere”. Dorme no colo dos seus pais que o levan enganado á cama, adoita espertarse e irse para a cama dos pais, “non” quere “ir el so”; tamén acostuman a darlle de comer mentres ve a TV: “así come moi ben”.

A Jennifer, unha meniña adoptada de 6 anos, os seus pais poñíanlle o cueiro unha vez que quedara durmida, xa que a pesar de que mollaba a cama cada noite, non lle gustaba que lle puxesen o cueiro, e os seus pais, temerosos de molestala, facíanlo cando se durmía e quitábanllo antes de que espertase.

Ambos os dous casos constitúen un reflexo da dificultade dalgúns pais para facilitar as frustracións necesarias no desenvolvemento. Jorge non podía adaptarse ao colexio porque non o prepararan para iso.

Cando se incorpora **á escola** os pais temen que o seu fillo non sexa capaz de adaptarse ao contexto escolar. Así, é habitual atopar escenas de choro de pais nas portas dos colexios ao separarse deles; e se ben os profesores xa incorporan pautas de actuación para facilitar a incorporación dos nenos á escola, aqueles pais, xeralmente nais, dominados pola anguria poden chegar a vixiar aos seus fillos no patio, expresando grandes dificultades para a separación dos seus fillos, temerosos de que ninguén vixie e mire polos seus fillos como eles, pendentes dos perigos e agresións doutros compañeiros, incapaces de esperar a que sexan eles os que resolvan estes conflitos, pregúntanlles ansiosamente, incorporando sen decatarse estes temores nos seus fillos. Estas actitudes de excesiva preocupación ante a separación levan ao neno a imaxinar que algo terrible pode suceder, o que inevitablemente desemboca nunha crise de anguria e choro no neno, que confirma aos pais nos seus medos, conformándose un círculo vicioso que só os pais poden romper.

Unha vez superado este medo, a anguria desprázase á capacidade do fillo para adecuarse ou non ás esixencias do contexto escolar. Permanecer sentado, realizar as tarefas, “obedecer” ao profesor/a, etc. Neste sentido, os pais reciben as mensaxes dos profesores respecto da evolución do seu fillo como unha imaxe do mesmo que en ocasións son incapaces de dixerir (dominados pola anguria de que algo malo se materialice no seu fillo esquecen que eles son os que mellor coñecen aos seus fillos); non debemos esquecer que, en xeral os profesores necesitan mostrar o valor das súas ensinanzas, e se non teñen coidado isto devolve e confirma os medos dos pais que depositan neles o valor da razón absoluta. Recordamos a consulta dunha nai preocupada tras a primeira entrevista coa profesora do seu fillo en primeiro ano de escolaridade, o menor de 3 irmáns, unha nai que se sente competente tras criar exitosamente as irmás de Pablo, onde recibe a mensaxe de que o seu fillo “é un neno pouco estimulado, que non é capaz de pintar por dentro como todos os demais”.



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

Esta nai, ante a dúbida suscitada pola profesora respecto das capacidades do seu fillo, necesitou que alguén a axudase a pensar e recordar que o seu fillo é un neno de 3 anos que recén iniciou a escola e necesita tempo para incorporar esas aprendizaxes. Na consulta aclárase que a falta de estimulación á que se refire a profesora se resume no feito de non ter asistido a gardaría previamente como a maioría dos seus compañeiros e non estar afeito a facer fichas.

Unha vez superada a incorporación á escola comezan os anos de intensa socialización, de retos académicos, así como de proxección cara ao futuro. Neste momento vital os temores dos pais xorden non só do temor indiscriminado de que aos seus fillos lles suceda algo malo e eles non sexan todo o bos que deben ser como pais, senón que tamén é o momento evolutivo onde os pais se proxectan e identifican máis doadamente nos seus fillos. Estas proxeccións poden ser superadas e integrarse no desenvolvemento harmonioso do fillo, pero con maior frecuencia interfieren no desenvolvemento e entran en conflito coa realidade dun neno en crecemento que non se corresponde coa proxección que sobre el se depositou. Neste sentido os pais envorcan nos seus fillos as expectativas do que eles non lograron ou non tiveron, os temores en relación aos sentimentos que eles sufriron con outros rapaces na escola, se foron obxecto de burla, se botaron en falta a amizade. Isto interfere na interpretación dos sucesos na vida do seu fillo e dificultan o natural proceso de individuación, proceso que ten o seu momento álxido na adolescencia.

Unha nai relatábanos en consulta que a súa filla de 6 anos lle parecía excesivamente tímida; preocupáballes que se non lograba facer amigos neste momento, tampouco podería facelo no futuro. Preguntada pola súa propia historia de vida, relatounos que pasara unha infancia moi triste, sentíase moi soa e nunca tivera amigas de verdade. A súa filla recordáballes isto, e temía que vivise unha infancia como a súa. Cada día preguntáballes se xa fixera amigos no colexio, con quen xogara, se quería invitar a algunha meniña á casa; dicíalle tamén como debía comportarse cos outros nenos, sen deixar que ela puidese experimentar os seus propios modos de relación, o que provocaba na súa filla un rexeitamento cara aos achegamentos sociais, especialmente en presenza da súa nai. Foi necesario calmar a anguria desta nai e axudala a diferenciar a súa filla de si mesma para que esta puidese encontrar o seu propio estilo.

Héctor, un neno de 9 anos, foi traído á consulta polos seus pais polo seu baixo rendemento académico. Tanto o profesorado coma os seus pais describíano como un rapaz “moi intelixente pero moi vago”, cuxo rendemento estaba por debaixo do que se podería esperar tendo en conta as súas capacidades. Xa na primeira consulta, o seu pai moi enfadado con el, dicíanos que non ía permitir nada que non fosen sobresaíntes. Indagando na vida dos seus pais, soubemos que o seu pai fora moi mal estudante, e a pesar de ser un rapaz intelixente, non se sacara o graduado. Tivera unha adolescencia bastante rebelde, con graves conflitos cos seus pais e algún que outro coas autori-

dades. Tamén tivera moitas parellas, ás que non tratara de todo ben, ata que coñeceu a súa parella actual e “sentou a cabeza”. É sorprendente a forma en que cada un xulgamos e valoramos as nosas vidas, pois este pai despois da súa época tola, como el dicía, lograra converterse nun empresario de éxito, cunha familia e unha muller que o querían, e con dous fillos estupendos. Non obstante, o recordo daquela primeira etapa pesáballe como unha lousa. Para este pai, os sobresaíntes do seu fillo evitarían un percorrido como o seu, e tratando de evitar que se convertese no que el fora, levaba a cabo unha disciplina férrea, con resultados cada vez peores. Cantas máis horas impoñía de estudo ao seu fillo, este peores resultados obtiña; canto mellor o obrigaba a comportarse coas rapazas, este máis as rexeitaba. O que o pai non podía ver era que o seu fillo simplemente quería ser aceptado por como era, e non por finxir ser aquel en quen o seu pai o quería converter.

Noutro caso, un pai decidiu acudir co seu fillo a consulta, tras convencer á súa muller, porque o seu rendimento nos partidos de baloncesto era moi inferior ao que mostraba nos adestramentos. Descubrimos que este pai fora xogador profesional de baloncesto ata que se lesionou un xeonllo, momento no que tivo que abandonar a práctica deste deporte. Dende pequeno transmitiu ao seu fillo a súa paixón polo baloncesto, inscribiuno nun bo club, practicaba e adestraba con el na casa. O seu fillo tiña uns dotes excepcionais para o deporte, pero a presión de ter que ser o mellor, de non poder cometer un erro, de non se poder simplemente divertir co baloncesto, de ter o seu pai sentado xunto ao banco dándolle instrucións a cada momento, foron deteriorando o seu rendimento e case rematan co seu amor polo deporte. Para este pai foi moi custoso decatarse de que el xa non era o baloncestista de éxito, senón o seu fillo, e darlle o espazo suficiente para que puidese desenvolver todas as súas capacidades.

Por outro lado, os pais angustiados polas ameazas que senten axexan o futuro dos seus fillos están tan pendentos e inmersos nos seus conflitos que continuamente anticipanse a todos os posibles perigos existentes, acompañanlles en todo o que poden, son eles os que resoven os problemas dos seus fillos cos compañeiros ou cos estudos (non é infrecuente encontrar nais que relatan minuciosamente conflitos menores dos seus fillos con outros nenos, que entaboa relacións de enfrontamento cos compañeiros dos seus fillos, incapaces de esperar a que estes resolvan o conflito xerado, nais que a medida que os seus fillos afrontan as competencias académicas subliñan e fan resumos das tarefas escolares dos seus fillos, atentas ás datas dos exames, “temos que aprobar”...), impedindo que o neno se enfrente ás consecuencias dos seus propios actos, sen facilitarlle que dende pequeno empece a resolver os seus propios problemas. A medida que crecen os fillos que, inevitablemente van loitar pola súa autonomía, encóntranse uns pais temerosos e sen conciencia diso, ao igual que o sultán poden intentar encerralos nunha torre, sen decatarse de que, coa mellor intención, lles están a privar da súa experiencia de vida.



“Songs for Little People” de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

As consecuencias dos coidados impregnados polo medo sobre a personalidade e patróns de conduta dos seus fillos vanse facer evidentes afectando ao desenvolvemento de autonomía e sentido da propia competencia, base da sólida autoestima. Ao longo da súa vida este neno non pode poñer a proba a súa competencia persoal, as súas habilidades; intentou tomar as súas propias decisións e levalas a cabo, pero non puido ver os resultados desa toma de decisións pola interferencia dos pais (moi visible no desempeño académico, onde os pais ante o temor ao fracaso dos seus fillos estudan con/por eles). Moitas veces ademais, as excesivas recomendacións dos pais para que teñan precaución levan tamén a facer moitas críticas ao fillo/a, o que contribúe aínda máis a este autoconcepto negativo. A este neno fáltalle a valoración positiva externa dos seus comportamentos e decisións, pero tamén lle falta a autovaloración sobre estes comportamentos e decisións, aspecto fundamental para desenvolver un autoconcepto e unha autoestima sa. Poden converterse en nenos inseguros, incapaces de tomar as súas propias decisións, decisións que para outros resultan triviais para eles poden resultar moi angustiosas, temen as repercusións destas, vense paralizados e tenderán a recorrer aos demais para que decidan por eles, non desenvolven a súa propia engrenaxe mental e afrontamento de situacións comprometidas. Este mecanismo pode perpetuarse na súa vida adulta comprometendo o seu equilibrio emocional. Outra característica que pode asociarse a unha crianza rexida polos temores dos pais é a escasa competencia social, característica que se engrena coa anterior e a potencia. É común que aparezan nestes nenos dificultades para entaboar ou manter relacións sociais, móstranse como nenos tímidos aos que lles custa iniciar conversacións, aos que lles custa integrarse en grupos, aos que cando algo non lles sae como lles gustaría séntense mal e prefiren retirarse ou mostran as súas dificultades a través de condutas explosivas, formas que representan a dificultade para xestionar as emocións negativas que forman parte da vida. Recordemos que ao longo da súa vida o seu pai/nai non lle permitiron solucionar os seus propios problemas. A consecuencia é a non aprendizaxe de habilidades de solución de problemas, algo necesario para a vida social, familiar e laboral. Isto leva a estes nenos a ter malas experiencias en relación ao mantemento de amizades; teñen a sensación de non ter apenas bos amigos, pódense levar moitas decepcións con eles sen saber por que, tenden a pensar que hai algo malo neles, o que lles leva a perpetuar o pensamento negativo sobre si mesmos, diminuindo máis a súa danada autoestima.

Ambas as dúas características, a autoestima e a competencia social son dous dos predictores de boa saúde mental no desenvolvemento da personalidade dunha persoa, de aí a grande importancia en detectar e axudar a modificar estas pautas de interacción.

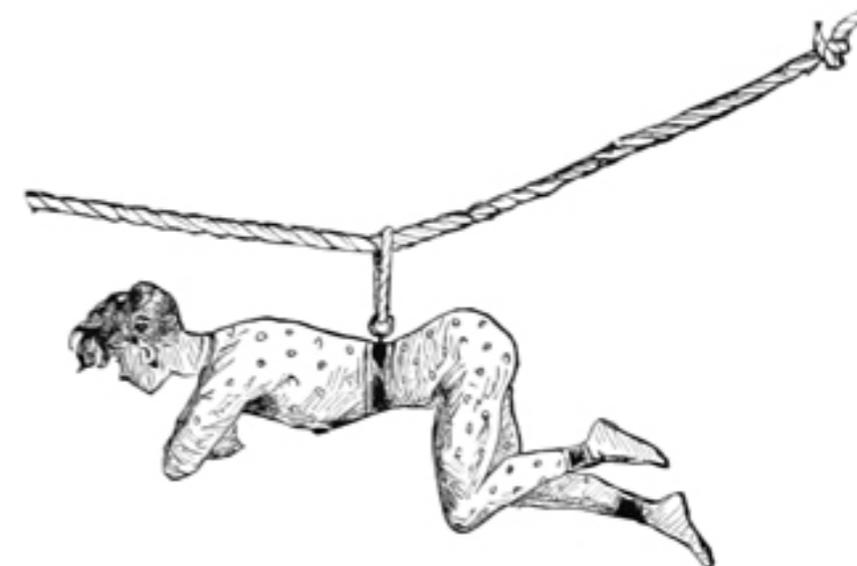
Alba, unha rapaza de case 18 anos, acode a consulta por obsesións graves, cuxo denominador común é o medo a que será dela no futuro. As súas obsesións dicíanlle que nunca podería vivir soa, nin ter amigas, porque era unha “incapaz”; que os seus pais morrerían e quedaría soa, que nunca podería “levar unha vida normal”, que non conseguiría rematar os estudos nin conseguir un traballo. En momentos

de crise, cría ter inxerido lixivia, ou uns coitelos, se estivera nunha cociña; ou ter tragado un pen drive, cando traballaba co ordenador en clase. Na exploración, conséntase que Alba nunca fora soa a facer a compra, tampouco fixera unha cama, un prato de comida ou demais tarefas domésticas. A súa nai afirma que “xa o fará cando eu non estea”, sen ser consciente de que Alba non tivo unha aprendizaxe previa e se sente moi insegura acerca da súa capacidade para facerse cargo da súa propia vida.

A pesar do seu esforzo non obtivo o graduado escolar, e tampouco ten amigas coas que quedar. Tamén no aspecto social Alba puxo un grande empeño, pero non está preparada para tolerar as frustracións, os comentarios das amigas, os conflitos...Se un día fan un plan e non contan con ela, a súa nai dille que “só te queren polas conveniencias, non quedas máis con elas”, privando a Alba da oportunidade de desenvolver os seus propios recursos para facer fronte ás situacións e conflitos sociais. Pola contra, ofrécenlle unha alternativa de ocio consistente en pasear coa súa nai e as amigas desta, que Alba acepta en ocasións, mentres que noutras prefire quedar na casa porque “pasear coa miña nai faime dar conta de que non teño amigas”. No académico, os seus pais láméntanse de non ter podido axudar á súa filla porque eles mesmos non estudaron e non saben como poderían axudala, pero puxéronlle diversos profesores particulares ao longo da súa escolarización que facían con ela todas as tarefas escolares. Alba é filla única, e no seu desexo de ser uns bos pais, quixéronlle facilitar a vida ata tal punto que lle impediron desenvolverse; séntese “unha inútil”, e vive a posibilidade dun futuro sen os seus pais como algo realmente ameazador, manifestándose este temor a través das súas obsesións.

Cando chega **a adolescencia**, os cambios psicolóxicos que se producen no adolescente lévano a unha nova relación cos pais e co mundo. Nesta etapa, podemos dicir que o adolescente realiza tres dós fundamentais: o dó polo corpo infantil perdido, un corpo cómodo co que poden tocar e ser tocados sen ningunha preocupación; b) o dó polo rol e a identidade infantís que o obriga, a unha renuncia da dependencia e a unha aceptación de responsabilidades, e c) o dó polos pais da infancia, que perden a súa omnipotencia.

Os pais enfróntanse nesta etapa coa súa ambivalencia e a súa resistencia a aceptar o proceso de crecemento dos seus fillos. Os pais tamén teñen que facer os seus propios dós; necesitan facer o dó polo corpo do fillo pequeno, pola súa identidade de neno e pola súa relación de dependencia infantil, é dicir, os pais teñen que desprenderse do fillo neno e evolucionar cara a unha relación co fillo adulto, o que impón moitas renuncias da súa parte. Ao perderse para sempre o corpo do seu fillo neno os pais vense enfrontados coa aceptación do devir, do envellecemento e da morte. Deben abandonar a imaxe idealizada de si mesmos que o seu fillo creou para eles; xa non son os ídolos dos seus fillos, aqueles pais que todo o podían solucionar, e deberán, en cambio, aceptar unha relación chea de ambivalencias e de críticas; agora son xulgados polos seus fillos, e a rebeldía e o enfrontamento son máis dolorosos se o adulto non é consciente dos seus



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

proprios problemas fronte ao adolescente. Ao mesmo tempo, a capacidade e os logros crecentes do fillo obríganos a enfrontarse coas súas propias capacidades e a avaliar os seus logros e fracasos. E o fillo é neste momento a testemuña máis implacable do realizado e do frustrado.

Polo tanto, nesta etapa, a relación entre os pais e os seus fillos cambia de forma substancial. Os pais deben adoptar unha nova forma de relación co fillo (coas perdas que isto supón), pero na ambivalencia que ambos os dous senten cara ao proceso de crecemento, non só o fillo actúa con frecuencia dende modos infantís senón que tamén os pais tratan con frecuencia de negar o crecemento do fillo mantendo actitudes que podían ser adecuadas en etapas previas, pero que agora teñen deixado de selo, o que implica, en numerosas ocasións, fortes enfrontamentos entre pais e fillos.

O medo inconfesable ao crecemento do fillo, o medo a que tome decisións equivocadas (e decisións propias) é o que, dende o noso punto de vista, está detrás de todos os demais medos que si se nomean: os amigos, as tecnoloxías, as drogas, a sexualidade, etc. E é tamén o que leva en moitas ocasións aos pais a pechase nunha actitude de reforzo da autoridade nun momento do desenvolvemento onde o modo no que se outorgue a liberdade é definitivo para o logro da independencia e da madurez do fillo.

Respecto **ás amizades**, na adolescencia os pais deixan de ser os referentes do fillo, que necesita diferenciarse do adulto (e especialmente dos pais), e é o grupo de iguais quen ocupa este lugar, converténdose estes nos depositarios da verdade e a razón. Para o adolescente non hai máis verdade que a do grupo, e normalmente esta verdade é oposta ou contraditoria coa autoridade dos pais e da sociedade. Os pais estiveron a temer este momento durante anos; eles mesmos foron adolescentes (aínda que ás veces parece que o esquecesen) e experimentaron este e os demais cambios que supón a adolescencia na súa propia pel. Saben que pouco a pouco van perdendo autoridade fronte aos seus fillos; é máis, saben que os seus fillos rexeitarán calquera idea que proveña deles, ou de calquera outro adulto, pero que seguirán fielmente os ditados ou as opinións doutras persoas da súa idade. Por iso nesta época preocupan tanto as amizades dos fillos; e por iso cando o fillo ten un grande amigo que non comparte os valores familiares, con frecuencia recórrese a aquilo de “é unha mala influencia”, tratando de que o fillo reaccione como cando era un neno e asuma as opinións familiares. Pero o fillo agora non pode reaccionar deste xeito; ao contrario, necesita diferenciarse da opinión dos seus pais. Así que ese amigo se converte case nun heroe, nun modelo a imitar, tanto máis canto maior é o esforzo dos pais por desacreditalo. En determinadas ocasións os pais chegan mesmo a prohibir a relación con esa persoa; nalgúns casos porque os valores dese outro se afastan en grao máximo dos familiares; noutros casos porque os cambios na conduta do fillo se atribúen totalmente a esta persoa, ignorando consciente ou inconscientemente que hai outros factores, de carácter evolutivo e tamén relacional, que están a influír nestes cambios. A prohibición da relación

acontece frecuentemente cos noivos/as: noivos de maior idade que a filla ou fillo, noivos con baixo rendemento académico, etc. Como en Romeo e Julieta, esta prohibición a miúdo achega máis aos namorados, para desespero dos pais, que normalmente reforzan a prohibición asumindo máis control sobre a vida do fillo, e entrando así nunha espiral de conflito e falta de entendemento entre pais e fillo que perturba enormemente as relacións familiares, que aumenta no fillo o sentimento de soledade, e que pode culminar nunha ruptura entre ambos os dous.

O uso e abuso de substancias tóxicas é outro dos grandes medos na adolescencia. Son varias as características desta etapa evolutiva que inflúen ou determinan que este período sexa especialmente crítico ao respecto. Por un lado, a necesidade de transgresión do adolescente, que converte en atractivo todo o prohibido, a rebeldía constitúe para o adolescente un modo de afrouxar os lazos que o atan demasiado aos seus pais. Por outro, o fenómeno da identidade negativa; isto é, na necesidade de ter unha identidade, en ocasións a única saída pode ser a identificación con figuras negativas: é preferible ser alguén indesexable, malo, perverso, a non ser nada. Así mesmo a busca da uniformidade co grupo, de tal maneira que igual que se imitan os peiteados, a forma de vestir, etc., imítanse tamén os comportamentos de risco; ou a necesidade de experimentalo todo, onde non valen os consellos e advertencias dos pais porque non son as súas experiencias, senón as deles.

O adolescente está farto de consellos, necesita ter as súas propias experiencias, pero non quere nin acepta que estas sexan criticadas ou confrontadas coas dos pais. Percibe perfectamente que a través do control do diñeiro e dos horarios os pais están a controlar algo máis: o seu crecemento e o seu desprendemento. Os pais poden aproveitar outra característica adolescente: a súa necesidade de contar todas as súas experiencias e de ser escoitado. Cando o adolescente é escoitado, pode aceptar as dúbidas, os temores ou as advertencias que os seus pais lles manifesten. Pero deben recordar que escoitar é diferente a esixir información.

Unha das grandes preocupacións para moitos pais nesta etapa refírese **á vida sexual** dos seus fillos. Preocupan os embarazos, as enfermidades de transmisión sexual, non ver o fillo o suficientemente “maduro” ou preparado para ter relacións sexuais, a intensidade e a idealización coa que se viven as relacións amorosas nesta etapa...

Nas escolas de pais, nos medios de comunicación, insístese na importancia de que os pais falen de sexualidade cos seus fillos co obxectivo de evitar os riscos asociados a ela. A pesar de que esta mensaxe aos pais se vén repetindo dende fai longo tempo, o certo é que a sexualidade continúa sendo un tema difícil para unha alta porcentaxe de pais. O medo a non saber a resposta correcta, a equivocarse, a ter que facer fronte aos propios prexuízos, a ter unha opinión demasiado conservadora ou demasiado liberal, ao descoñecido, ou o medo a que ao falar de sexo se estea a outor-



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

gar permiso para practicalo... existen diferentes medos que inhiben aos pais á hora de conversar cos seus fillos. A estes medos engádense tamén algúns mitos, como por exemplo que o pai é quen debe falar co fillo varón mentres a nai debe encargarse da sexualidade da filla, ou que falar de sexo rematará coa inocencia e a infancia do fillo.

Estas dificultades levan aos pais, en moitas ocasións, a deixar de lado este aspecto do seu rol paterno e a confiar en internet, outras persoas da vida do fillo, ou mesmo no psicólogo esta parcela da vida dos seus fillos. Atendemos varios casos no noso centro nos que o motivo principal de consulta era o recoñecemento dos pais do espertar sexual dos seus fillos e o temor que sentían ao ter que falar con eles, polo que nos solicitaban que fosemos nós os que nos encargásemos de “aclarar as dúbidas que poida ter”.

Se queremos que os pais falen cos seus fillos adolescentes acerca da súa sexualidade, debemos primeiro axudalos a afrontar os temores que este tema lles suscita.

A diferenza da sexualidade, que preocupou aos pais de todas as épocas, o medo que produce nos pais **o uso das redes sociais** é, loxicamente, relativamente novo. Moitos pais descoñecen as novas tecnoloxías e as redes sociais, e o que aprenderon a través dos medios de comunicación ou doutros adultos é que poden ser perigosas. Por outra parte, os videoxogos, Facebook, ou o Whatsapp son “xoguetes” que non formaron parte da vida dos pais, o que unido a esa sombra da perigosidade que planea constantemente arredor destes xoguetes, leva a moitos pais a tratar de limitar en exceso e mesmo a prohibir aos seus fillos o seu uso. Por suposto, cremos que sobre estas ferramentas é necesario certo control por parte dos pais, pero este control debe ter por obxecto axudar o fillo a facer un uso seguro e racional destas. Non obstante, do mesmo modo que se fai co diñeiro ou cos horarios, moitas veces co control destas ferramentas estase buscando o control sobre a vida do fillo. Sería o caso dun rapaz cuxos pais se manifestaban en consulta contrarios a que o seu fillo tivese un móbil, argumentando que non o necesitaba, posto que eles se mostraban moi dispostos a deixárenlle os seus propios cando quixese quedar con algún amigo.

Fronte a todos estes temores, como sinalabamos anteriormente, con frecuencia os pais adoptan unha posición de reforzo da autoridade que pode rematar facendo realidade as súas peores fantasías. Algúns pais controlarán o móbil dos seus fillos, o seu ordenador, os seus amigos, os seus horarios, ata tal punto que lograrán asfixialos. Nesta situación o adolescente ten dúas saídas: rebelarse fronte á actitude dos seus pais ou deprimirse.

Javier, de 15 anos, tiña prohibido saír cos seus compañeiros de clase, que os seus pais consideraban malas influencias para el. Sabían, pola nai doutro rapaz, que eran uns “macarras”: non facían nada en clase, fumaban (algúns mesmo fumaban porros) e bebían as fins de semana. Si podía saír

cos compañeiros de fútbol, que eran máis “sans”. Despois de varios intentos por parte de Javier de convencer aos seus pais de que el era responsable e sabía o que tiña que facer, e ante a negativa deles a que se vise con estes rapaces, Javier decidiu aparentar dar a razón aos seus pais. Despois dos partidos, dicía aos seus pais que se ía tomar unha coca-cola co resto do equipo, ata que os seus pais descubriron que nin sequera ía aos partidos, senón que se vía coas “amizades prohibidas”. Decidiron daquela poñerlle un castigo exemplar, e para evitar que se repetisen esas saídas, castigárono “sen fútbol e sen saír ata que cambies de actitude”. Varias semanas despois, os pais sentíanse felices pola súa decisión, xa que Javier apenas protestaba as fins de semana, e crían ter conseguido separalo dos seus compañeiros. Pero entón acudiron a unha cita coa súa titora, que lles informou que dende había un mes Javier apenas aparecía por clase, e sospeitaba que estivese a faltar a clase “con dous rapaces moi problemáticos”. En definitiva, canto máis duras eran as imposicións paternas, máis lonxe chegaba a rebelión de Javier.

Os pais de María estaban moi preocupados por ela porque cada vez a notaban máis encerrada en si mesma, triste, e illada das súas amizades. Deixara de facer cousas que antes lle apaixonaban, como a pintura, e xa non mostraba interese nas clases de música. Mesmo o seu rendemento académico baixara notoriamente. Nas entrevistas con María e os seus pais, soubemos que en realidade María desexaba quedar coas súas amigas, pero estas comunicábanse por Whatsapp e ela non tiña móbil, polo que a miúdo non se decatara dos plans que facían. Por outra parte, con 16 anos María só podía quedar os sábados; os venres tiña clase de música e os domingos estaba marcado polos seus pais como día de estudo, ao igual que os sábados pola mañá, polo que unicamente lle quedaba o sábado pola tarde. Os seus pais consideraban que o horario axeitado para unha rapaza da súa idade era ata as 9 da tarde, co que María tiña que volver á casa practicamente á hora en que as súas amigas saían de casa. Nestas situacións, a sensación do adolescente (que non se rebela) é que non ten saída, e deprímese.

Noutros casos, máis que adoptar unha posición autoritaria, o medo ao crecemento do fillo lévaos a actuar negando o devandito crecemento: “non hai que falarlle de drogas, nin de sexo, é moi pequeno para iso”, sen decatarse de que negar un proceso non o fai desaparecer. Este fillo probará as drogas, terá as súas primeiras relacións sexuais, pero non terá uns pais aos que poida acudir para comentar os seus propios temores, as súas dúbidas, as súas inseguridades.

Finalmente, e aínda que menos frecuente, hai casos nos que os pais dan aos seus fillos adolescentes unha liberdade sen límites. Esta actitude xorde tamén dende o medo: o medo a ser demasiado estrito ou demasiado autoritario. Normalmente este medo preséntano aqueles pais que tiveron á súa vez uns pais ríxidos, autoritarios, pouco empáticos e comprensivos, dos que queren diferenciarse por riba de todo. Neste caso, os problemas non resoltos coa propia historia levan aos pais a adop-

“canto máis duras eran as imposicións paternas, máis lonxe chegaba a rebelión”

tar unha actitude que é vivida polo fillo como un abandono (e que o é), pero ante a que non poden rebelarse de xeito directo.

Miriam, de 16 anos, tiña uns pais “moi modernos”. Dinme que se vou fumar o faga diante deles, que aínda que non lles gusta que fume prefiren saber todo o que fago”. “Tamén saben que bebo; no meu aniversario díxenlles que quería facer botellón e dixéronme que mellor o fixésemos na casa, que así non pasaríamos frío, eu fíxenlles unha lista coas bebidas que había que comprar e eles encargáronse. Deixáronnos a casa para nós e eles fóronse a un hotel”. “Confían moito en min, as miñas amigas teñen hora para volver á casa, pero eu podo volver á hora que queira”. “Á miña nai cóntollo todo, mesmo dos meus noivos,”. Miriam non tiña espazo para diferenciarse dos seus pais. Se quería facer algo que para o resto das súas amigas estaba prohibido, ela obtiña o beneplácito dos seus pais. Só había unha cousa que enfadaba aos seus pais, e é que Miriam vomitaba despois de cada comida. Neste enfado, Miriam vía a preocupación dos seus pais: “é o único que lles preocupa”

.No caso de Michel, de 17 anos, os seus pais tiñan “tanta confianza nel” que descoñecían con quen quedaba ou a onde ía, podía entrar e saír de casa sempre que quixese, mesmo descoñecían os seus resultados académicos “porque é a súa responsabilidade e confiamos nel”, pero tamén descoñecían cales eran as afeccións do seu fillo, os seus intereses, as súas habilidades. Michel tivo que fracasar estrepitosamente para que os seus pais puidesen mostrarlle o seu interese nel.

Os medos dos pais comezan no mesmo momento que deciden ter un fillo, e vanlles acompañar toda a vida. De como manexen estes medos en cada etapa dependerá en boa medida o desenvolvemento dos seus fillos. Os pais necesitan saber que movidos polos seus propios medos, e non polas necesidades do fillo, poden estar a dificultar enormemente o seu proceso de desenvolvemento.

Os terapeutas necesitamos saber que nos síntomas dos nenos que acoden ás nosas consultas non só temos que descartar diagnósticos recoñecidos nas clasificacións internacionais senón que resulta fundamental considerar as expectativas, ilusións e temores dos seus pais, as súas historias de vida e modelo familiar así como a posible psicopatoloxía destes para poder desentrañar o efecto de todo iso no desenvolvemento dos seus fillos. Debemos coidar a nosa formación e vixiar a tendencia á simplificación na avaliación da problemática dos nenos, sen minimizar o impacto que determinadas dinámicas familiares provocan nos nenos, xa que na infancia reside o futuro emocional do adulto.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Ed. Paidós.

Bettelheim, B. (1988). No hay padres perfectos. Barcelona: Ed. Crítica.

Ginnot, H.G. (2003). Entre padres e hijos. Barcelona: Medici.

Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (1999). Los escenarios narcisistas de la personalidad. Clínica de la consulta terapéutica. Bilbao: ALTXA.

Pérez Simó, R. (2001). El desarrollo emocional de tu hijo. Barcelona: Paidós.

Stern, D. N. (1997). La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D.W. (1994). El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. Barcelona: Ed. Paidós.

3

A PERMANENCIA
DUNHA PARELLA
EN BASE Ó MEDO

Daniel Latorre Rodríguez
ESPECIALISTA EN PSICOLOXÍA
CLÍNICA E TERAPEUTA FAMILIAR

Resumo: Este artigo expón diversos mecanismos que poden mediar no mantemento dalgunhas parellas a pesar da infelicidade mutua que se profesan os seus membros. Para ilustrar estes mecanismos se expoñen retallos de diversos casos clínicos relacionados co tema.

Palabras chave: Parella. Separación. Medo.

Abstract: This article shows several forms which may happen in the term of some couples even though the mutual unhappiness that their members profess. To illustrate these mechanisms, we expound parts of various clinical cases related with the matter.

Keywords: Couple. Separation. Fear.

Con moita frecuencia encontrámonos con estudos que pretenden obter a explicación última sobre a formación das parellas e o seu posterior devir, e ao comportamento humano en xeneral.

Os que máis repercusións solen ter, ao estar en concordancia co discurso científico do momento, son os referidos ás causas biolóxicas de tal o cal comportamento social. As explicacións biolóxicas solen estar conformadas por unha aureola de certeza e infalibilidade, polo cal é máis sinxelo que sexan consideradas polo público como “a verdade”, en detrimento doutras posibilidades. En ningún momento pretendo negar a importancia de tales aproximacións para a explicación de moitos fenómenos humanos, pero non podo deixar de considerar tales explicacións como excesivamente simplistas, dada a complexidade da materia que pretenden tratar. En datas recentes saíu á luz un estudo que pretende relacionar directamente a atracción sexual entre as persoas co feito de ter en común un marcador xenético*. A pesar das gravísimas limitacións de validez do estudo, este e outros similares aparecen constantemente en importantes medios de comunicación, dadas as implicacións que poderían ter tales descubrimentos, por máis que moitas desas explicacións deban someterse a unha situación de corentena.

Por desgraza (o por sorte, máis ben), tanto a elección e permanencia dunha situación de parella, coma a maioría de dinámicas relacionais, son absolutamente multicausais. En concreto, e xa inmersos no tema deste artigo, dende o noso ámbito téñense proposto e estudado multitude de procesos que median na forma na que se relacionan as persoas. A semellanza nas características demográficas (a clase social ou o nivel de formación) proporcionan ás persoas unha maior proximidade física, o cal favorece un maior número de encontros. Posteriormente, e mediatizado polo atractivo físico que se poda espertar entre as dúas persoas, estas compartirán unha serie de características que poden facer viable unha relación, características como a complementariedade de necesidades, e unha semellanza actitudinal que acaba por reforzar as nosas crenzas e significados compartidos.

No proceso posterior de constitución da parella xoga un importante papel o establecemento das normas e regras da relación. Ambos chegan a un acordo sobre o tipo de condutas que han de seguir, un acordo implícito, máis que explícito. Neste punto, e de acordo coa teoría comunicacional proposta por Watzlawick, Beavin y Jackson en 1.967 habería que distinguir entre relación simétrica ou complementaria. A primeira fai referencia ó intercambio recíproco do mesmo tipo de conduta entre os individuos, e polo tanto calquera deles pode tomar a iniciativa. Ambos desexan por igual conservar ou ceder o control da relación. A complementaria é a que se establece cando as dúas persoas intercambian condutas distintas, e os papeis están completamente diferenciados, xa que unha é a que dá e a outra recibe, ou unha ensina e a outra aprende. As súas condutas complementáanse, estando un xerárquicamente enriba do outro. Un asume o control e o outro o permite. Considéranse “manobras cara a simetría ou a complementariedade” aquelas mensaxes que as persoas intercambian poñendo en dúbida a relación que se establecese. Estas manobras intercámbianse constantemente nas relacións, buscando definicións comúns. As persoas teñen a necesidade de definir a súa relación con o outro ou, noutras palabras, intentar o control de tal relación, de forma que toda mensaxe que se envía ten o propósito de influír nela. Como sosteñen os autores anteriormente mencionados, “toda comunicación ten un nivel de contido e outro de relación tales que o segundo cualifica ó primeiro e é, polo tanto, unha metacomunicación”.

Probablemente, a menor fonte de conflitos na parella ven definida pola flexibilidade entre as dúas posturas, dependendo dos momentos vitais ou do contexto, xa que ningunha delas é “boa” ou “mala” en si mesma. Sen embargo, a rixidez na asunción dunha relación ou outra, sen posibilidade aparente de modificala, pode levar a diversos conflitos que poden xerar intensos problemas na parella, como se exemplificará posteriormente.

“Eles tratábanme ben, dábanme de comer, unha vez me fixo cóxegas sí, dábanme de comer, lavábanme a roupa, levábanme ós cumpreanos, me correxían moito, pero o facían polo meu ben”. Así describía Paula a experiencia da súa nenez; Paula é unha muller de vintenove anos, que fora abandonada por seus pais e convivira cuns familiares que ata os sete anos resultábanlle completamente estraños. As súas necesidades instrumentais sempre foran cubertas por persoas que obviamente querían sacar adiante a esa nena, pero que non podían, non querían ou non sabían proporcionarlle nada máis. Non seu discurso era difícil apreciar sentimentos de afecto, a sensación de ser querida por aqueles que deberan proporcionarlle a protección emocional básica que tanto botaba de menos un tempo máis tarde. É esa a protección na que un neno se basea para descubrir o mundo que lle rodea e premisa para un desenvolvemento emocional san, sabendo que o amor dos seus cuidadores non depende dos seus actos, senón da súa propia existencia. Dende as formulacións de Bowlby e as investigacións de Ainsworth sobre os vínculos e o apego, demostrouse unha e outra vez que a percepción de amor incondicional dun neno é a base para tal desenvolvemento. Se esas necesidades



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

do neno non se ven satisfeitas, desenvolverá patróns vinculares evitativos e ansiógenos que, mantidos no tempo, poden dar lugar a patróns cognitivos baseados na inseguridade e a desvalorización.

A carencia emocional de Paula pronto viuse mitigada por Marcos, o seu primeiro noivo, con quen comezou a saír ós dazaseis e con quen se casou ós dazaoito, tan pronto como obtivo o permiso familiar. A necesidade que tiña Paula de ser amada (e de escapar da nada) levoulle a tomar unha decisión que anos máis tarde cualificaba de “precipitada”. As cousas tiñan transcorrido con normalidade durante o primeiro ano de matrimonio, pero tras ese tempo a actitude de Marcos comezou a ser máis distante e fría, algo que fixo reaccionar a Paula ca formulación da separación. Marcos non vía a Paula dende onde ela o miraba. Tras ese momento, os oito anos seguintes da súa vida se convertiron nunha voráxine de busca de afecto que desembocara no matrimonio actual con Xosé, unha relación desigual na que canto máis amor pide e necesita, menos obtén.

Como sinalou Erich Fromm, a busca da relación amorosa é un delirio universal, e a súa vez, a forza que une á especie humana. Polo contrario, a experiencia de estar illados é a principal fonte de sentimentos de angustia ou desamparo. O medo á soidade é un poderoso motivo que leva a moitas parellas a unha relación anódina, cando non tóxica, que se desexa manter a toda costa xa que a alternativa se vive como máis desagradable aínda.

Este medo ao abandono, a sentirse só, con frecuencia deriva nunha maior fonte de exixencias sobre a parella, demandas constantes de afecto que non fan máis que cargar de “imposicións” a unha parella que máis tarde ou máis cedo reaccionará alentando unha maior distancia entre ambos os dous, e en moitos casos formulando unha separación, temporal ou definitiva, que confirmará os temores e a inseguridade do individuo. O medo a ser abandonado pronto aparece completamente xustifico, como a profecía que se autocumpre.

Noutras ocasións, os motivos de permanencia na parella van máis alá do medo á soidade ou á carencia afectiva. Como ás veces as desgrazas nunca veñen soas, no caso de Paula, ocorre que se atopa nunha situación de dependencia económica que lle mantén atada a alguén que non enche os seus desexos. A súa situación económica é precaria, e o seu desempeño laboral caracterízase por unha xornada de oito horas e un soldo ínfimo, que a duras penas sería suficiente para afrontar en solitario os seus gastos e os do seu fillo. Entre os peores temores imaxinados se atopa a sensación de non atender correctamente ao seu fillo e de “depositalo” nunha gardería, segundo as súas propias palabras. Esta situación, xunto co anteriormente mencionado xera nela unhas intensas fantasías de culpabilidade, ao estar “a faltar ao seu deber de nai”. En relación con este punto, cabe recordar que os fillos criados con pais que traballan fora crecen con absoluta normalidade, e que a cuestión non é tanto o total de tempo que pasan con eles, senón a calidade do tempo e a percep-

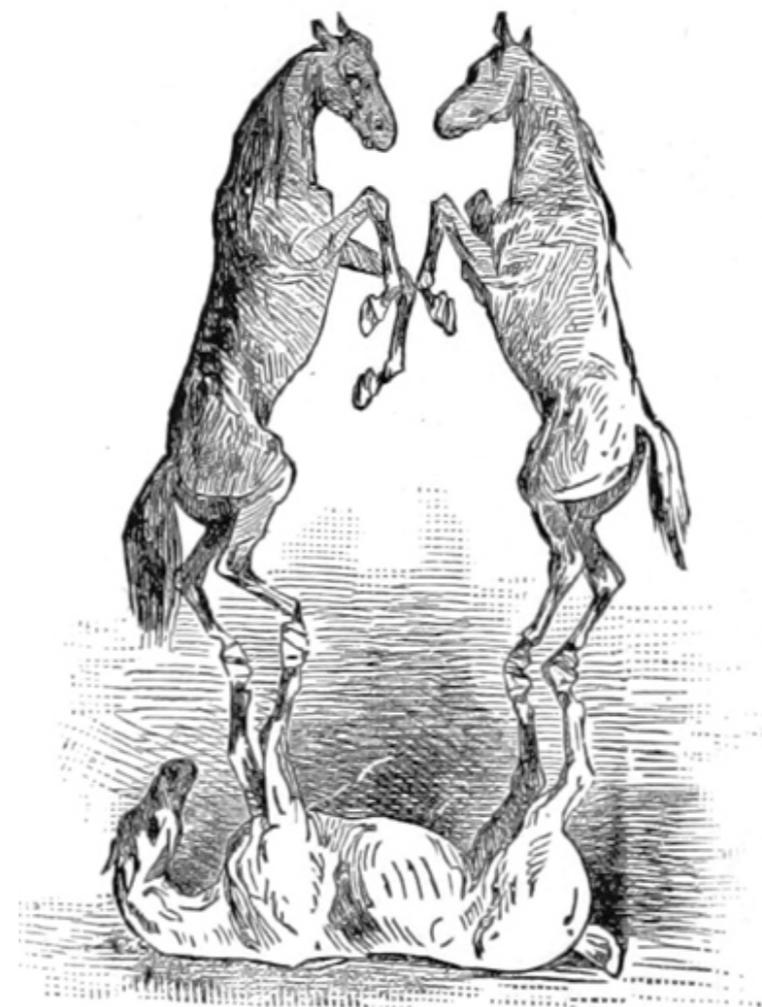
ción de ser desexados e amados polos seus pais, sempre que estean atendidos, claro está, por familiares ou cuidadores responsables y cariñosos.

Sen embargo, o medo de Paula á repetición de patróns familiares vividos en primeira persoa era motivo abondo para non formularse tal posibilidade. ¿E cal era a posición de Xosé, o seu actual marido, en todo isto? Xosé proviña dunha familia cuns costumes moi tradicionais en que a idea dunha separación ou un divorcio era un tema tabú. En varias ocasións tenteou a opinión da familia formulando que a súa relación pasaba por serias dificultades, e comináronlle a resolvelas de calquera forma que non implicase un divorcio. Xa bastante “vergoña” tiñan pasado “admitindo” como nora a unha persoa cun fillo dunha anterior relación. O temor ás posibles consecuencias sobre o desenvolvemento do neno, as interminables explicacións que debería proporcionar á familia (e quizais ao pobo enteiro) e as fantasías sobre verse nun eterno procedemento administrativo facía preferible para el continuar nunha infelicidade permanente.

En relación con ese delirio compartido que formulaba Fromm, en toda relación de parella nos formulamos ser a prioridade para a outra persoa. Polo menos na fase inicial de convivencia coa outra persoa, nese período inicial de maravilloso embobamiento, queremos ser a única e principal referencia, establecendo unha relación de unicidade, dependencia ou exclusividade. Este estado, normalmente compartido inicialmente, logo adoita dar paso a unha normalización e a unha flexibilidade na que os compoñentes da relación buscan unha relativa independencia, permitindo unha maior porosidade nos límites da parella. Desta forma, mantéñense o resto das necesarias relacións do individuo co seu sistema.

Hai diferentes razóns que poden truncar tal evolución, e deterse na inicial exclusividade: patróns cognitivos e experiencias pasados como os descritos anteriormente, experiencias traumáticas recentes, ou en xeneral situacións contextuais que fagan do individuo unha persoa especialmente vulnerable neses momentos. Sexa dunha forma ou doutra, o certo é que das inseguridades debidas a estes motivos nacen os celos patolóxicos. O desexo de que a parella manteña unha relación exclusiva acaba provocando unhas constantes pautas comunicacionais marcadas polas acusacións e as sospeitas. Os motivos da permanencia dunha relación como esta poden ser diversos. No caso que se describe a continuación, o temor a que a parella cometa un acto suicida mantén unida a unha parella nunha mutua infelicidade.

Carlos e Cristina acoden a unha primeira consulta formulando “dificultades na comunicación”. En días pasados, Cristina, coa axuda dos veciños, conseguiu in extremis que Carlos desistise da idea de tirarse pola ventá do piso que compartía coa súa noiva. Foi levado ó servizo de urxencias cun intenso cadro de ansiedade. Os celos de Carlos non eran nada novo para Cristina; sempre foran “tolerables”,



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

pero nos últimos meses agudizáranse de tal forma que a convivencia comezaba a ser insoportable. Cristina sabía que “tiña que terlle deixado a primeira vez que o intentou”, e constantemente fantasiaba con facelo, pero nunca se atrevía pensando na culpabilidade que lle xeraría que Carlos acabara por suicidarse. Carlos era consciente de que as súas acusacións non eran en absoluto fundadas, pero “non podía evitalo”. O vínculo emocional entre ambos era moi intenso, pero iso a Cristina xa non lle compensaba. Levaba meses sendo espiada e interrogada. Mesmo, para demostrar a súa inocencia ante as acusacións, deixara que Carlos instalase no seu teléfono unha aplicación que permitía ser localizada en calquera instante. Pero, como adoita acontecer nestes casos, non foi suficiente. Cada resquicio de dúbida ou ben o contrario, cada explicación con “demasiados” detalles, eran para Carlos unha “proba” de que algo raro estaba a acontecer. Comezaba entón unha discusión na que, segundo o relato conxunto, Carlos aparecía como una vítima ante os presuntos comportamentos lascivos da súa parella, e segundo ía aumentando a discusión de nivel, máis se ía achegando a unha ventá ou a calquera obxecto co que puidera finalizar a discusión dunha forma na que el tivese a “razón”.

O mantemento deste comportamento tan patolóxico como perigoso de Carlos pode ser explicado de varias maneiras. A ameaza de suicidio funciona como un reforzador para el xa que xeralmente o seu comportamento acaba por provocar máis atención por parte da súa parella (“reforzamento positivo” segundo a linguaxe condutista) por moito que esa atención sexa nociva; por outra parte, o cesamento da ameaza ten como consecuencia unha intensa sensación de alivio para Cristina (“reforzamento negativo”). Se esta situación se perpetúa sen cambio algún caben dúas posibilidades: a primeira, que Cristina soporte unha relación sobre a base do medo de que Carlos un día leve a cabo eficazmente a súa ameaza; a segunda, que abandone tal relación, co conseguinte temor a que de igual forma execute a súa ameaza. En ambos casos, o certo é que os dous perden, véndose inmersos nun auténtico inferno de relación.

Dende outras perspectivas, este comportamento pode explicarse sobre a base a respostas inadecuadas a cuestións evolutivas ou a anómalas construcións do sistema conxugal. Dende unha perspectiva sistémica estratéxica, Jay Haley explicaría esta situación sobre a base do concepto de control e función sintomática. O síntoma ten como función o intento de Carlos de establecer unhas novas regras entre la parella. Se Carlos quere redefinir os roles entre ambos, pode intentar facelo dun xeito máis “san”, pero aquí encontrámonos con que o está a facer dunha forma que acaba por ser unha estratexia de control e submisión cara a Cristina, tratando de establecerse como xerárquicamente superior a ela. Cristina mentres tanto vese atrapada nunha situación sen saída: se mantén a relación, é culpada polas presuntas afrontas cara a Carlos. Se a rompe, culpabilízase ela mesma polo que poda pasar.

Estes mecanismos de control ou culpabilidade que manteñen a relación pódese aplicar tamén a moitas outras situacións: imaxinemos que Carlos se encontra mental o fisicamente enfermo, co

consecuente temor da parella ao “que pasará si lle abandono”, ou ben que Carlos, pola razón que sexa, desexa que Cristina sexa constantemente castigada por algo que fixera.

Dependendo de cal sexa nosa explicación, como terapeutas, do que ocorre, se elixirán vías distintas para intentar solucionar o problema, pero probablemente todas acaben confluindo en que sexamos capaces de facer ver que nisto das relacións só podemos posuír o que non atamos firmemente.

Un último comentario a este respecto. Ás veces encontrámonos con persoas que demandan atención urxente tras presentar “xestos” suicidas. Unha situación típica é a do adolescente que, nun arrebatado de emocionalidade, fai unha parvada da que se cree que non hai unha verdadeira intención suicida. En ocasións, o noso “lado racional” fainos banalizar tal “xesto” por no consideralo de suficiente entidade. Se ben friamente podemos pensar que este comportamento será único ou pasaxeiro, xa que a vida sole dotar dunhas cantas oportunidades, e esa persoa xa se dará conta, o certo é que se minimizamos del tal forma o risco e non lle concedemos a atención que se merece, corremos o perigo de que o comportamento se repita ou no peor dos casos, que se vaia das mans e adquira unha importancia moito maior.

Neste artigo preténdense exemplificar algunhas das razóns que poden levar ao mantemento das parellas sobre a base do medo ou ao temor, sexa este da natureza que sexa. Non se pretende ser exhaustivo, posiblemente queden moitas razóns por describir. E sen embargo, o lector botará de menos un poderosísimo motivo que por desgraza leva moitos anos sendo noticia na nosa sociedade: a violencia na parella, ese absurdo, denigrante e vomitivo mecanismo de coerción que acaba por anular á persoa negándolle a posibilidade de elixir libremente con quen convivir sobre a base de instrumentos tan primitivos como os golpes ou os insultos. Deixar fora deste artigo cuestións como a violencia de xénero se basea en motivos de pertinencia. A breve extensión destas reflexións faría que se dedicase ao tema un espazo minúsculo en relación coa gravidade do asunto, polo que resolvelo nunhas cantas liñas non sería máis que unha banalización inmerecida. O lector poderá encontrar innumerables fontes onde poderá consultar unha descrición máis axeitada deste proceso.

Relendo estas reflexións deime conta de que utilizo en ocasións a primeira persoa para referirme ás situacións ou temores descritos. Supoño que terá que ver con que calquera de nós pode verse envoltado en problemas deste tipo, por moito que pola nosa profesión coñezamos os riscos que rexen en toda relación, e supostamente, como minimizalos o solucionalos. Nas nosas relacións cotiás ás veces parece que deberíamos ser inmunes aos problemas que nos presenta a xente na consulta. ¿É que un psicólogo tamén se deprime? Pois temos tantos dereitos e razóns como os demais, da mesma forma que o meu otorrino me confesou, para o meu estupor, que tamén sofre de infeccións de oído.

BIBLIOGRAFÍA

Israeli, M., Kristt, D., Nardi, Y. & Klein, T.: Genetic Considerations in Human Sex-Mate Selection: Partners Share Human Leukocyte Antigen but not Short-Tandem-Repeat Identity Markers. *American Journal of Reproductive Immunology*. Volume 71, Issue 5, pages 467-471, May 2014.

Véxase, por exemplo:

<http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2014/04/04/genes-compartidos-determinan-atraccion-sexual/00031396602511617317934>.

Ou ben <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/atraccion-sexual-depende-genes-compartidos.html>.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.: *Pragmatics of Human Communication*. W. W. Norton Company, Inc., New York. 1967. Trad. Española: *Teoría de la Comunicación Humana*, Herder Editorial, Barcelona. 1981.

Bowlby, J.: *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization Monograph. 1951.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S.: “Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation”. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1978.

Fromm, E.: *The Art of Loving*. New York. Harper & Row Publishers. 1956. Trad. Española: *El Arte de Amar*. Paidós Ibérica. 1992.

Haley, J.: *Strategies of Psychotherapy*. Grune & Stratton, Inc. New York. 1966. Trad. Española: *Estrategias en Psicoterapia*. Ediciones Toray. Barcelona. 1987.

4

OS MEDOS DO
TERAPEUTA:
ABORDAXE
DENDE O
PSICODRAMA

Marisol Filgueira Bouza
DOUTORA EN PSICOLOXÍA, PSICÓLOGA
CLÍNICA, PSICOTERAPEUTA,
PSICODRAMATISTA,
TERAPEUTA FAMILIAR. SUPERVISORA
CLÍNICA E DOCENTE. PROGRAMA
DE TRASTORNO MENTAL GRAVE,
HOSPITAL MARÍTIMO DE OZA DA
CORUÑA. FUNDADORA, CO-DIRECTORA,
SUPERVISORA E PROFESORA ESTABLE
DO INSTITUTO DE TÉCNICAS DE GRUPO
E PSICODRAMA EN GALICIA (ITGP-G).

ma.soledad.filgueira.bouza@sergas.es

Resumo: unha reflexión sobre os medos e riscos na profesión do psicoterapeuta, con propostas prácticas para o seu manexo a través do psicodrama.

Palabras chave: psicoterapia, psicodrama, medos, riscos, supervisión.

Abstract: a reflection on the fears and risks in the profession of the psychotherapist, with practical approaching proposals through psychodrama.

Keywords: psychotherapy, psychodrama, fears, risks, supervision.

“Todos precisamos que alguén nos mire. Sería posible dividirnos en catro categorías, segundo o tipo de mirada baixo a cal queremos vivir. A primeira categoría anhela a mirada dunha cantidade infinita de ollos anónimos, ou dito doutro xeito, a mirada do público. ... A segunda categoría fórmana os que necesitan para vivir da mirada de moitos ollos coñecidos. Estes son os incansables organizadores de cócteles e ceas. Son máis felices que as persoas da primeira categoría os cales, cando perden ao seu público, teñen a sensación de que no salón da súa vida apagouse a luz. A case todos lles sucede isto algunha vez. En cambio, as persoas da segunda categoría sempre conseguen algunha desas miradas. ... Despois está a terceira categoría, os que necesitan da mirada da persoa amada. A súa situación é igual de perigosa que a dos da primeira categoría. Algunha vez pecharanse os ollos da persoa amada e no salón farase a escuridade. ... E hai tamén unha cuarta categoría, a máis preciada, a de quen viven baixo a mirada imaxinaria de persoas ausentes. Son os soñadores”.

MILAN KUNDERA (1984),
A insoportable levedade do ser.

1 Introducción

Pídenme a visión dunha psicoterapeuta veterana sobre os medos do terapeuta. 30 anos exercendo a profesión deben considerarse veteranía. Póño-me a reflexionar sobre iso: primeiro hei de integrar a “miña veteranía” e despois visualizo as etapas na miña traxectoria. A primeira vista, diría que a primeira etapa está marcada pola inseguridade e a procura de referentes cos que afianzar a aprendizaxe e sustentar a práctica, predomina o medo a “quedar en evidencia” ou a “non estar á altura”, particularmente aos ollos dos referentes admirados; unha etapa intermedia de apaixonamento técnico e cos logros, e de loitas tribais entre escolas, onde destaca o medo á “soidade profesional” (xogo significativo si se considera o meu nome “de pila”) e á dúbida sobre a garantía dos fundamentos, e onde o narcisismo pode xogar malas pasadas; a etapa avanzada conduce á tolerancia (que non superación) dos medos, os cales incorpóranse con naturalidade na relación terapéutica. Diría que, finalmente, sobrevén o “medo a perder os medos” e, con iso, os puntais protectores dunha boa e cautelosa práctica. E agora teño medo a non haberme explicado ben e a que toda esta reflexión sobre os medos pareza unha “bobada” improvisada para xustificar o artigo que se me demanda, despois antóxaseme que se pecha o círculo retornando ao medo inicial sobre “non estar á altura” e “quedarse só” (o medo máis nuclear). Pero entendo que os medos protexen contra a certeza, o fundamentalismo e a prepotencia, así que opto por conservar os meus medos. Unha forma de soportar os medos e protexerse contra os riscos da profesión é a práctica sistemática da intervisión (supervisión entre iguais).

Neste proceso íntimo, pódese ver un paralelismo coas etapas evolutivas nun proceso grupal, onde os participantes comezan enfrontando a tarefa relativamente illados e temerosos, buscando o seu lugar e as normas de funcionamento, e van establecendo vínculos que aportan seguridade e configuran subgrupos (interdependencia), os cales chegan a enfrontarse entre si e co terapeuta (loitas de poder, contradependencia) na procura de identidade, á o tempo que van construíndo unha cohesión (matriz grupal) necesaria para a cooperación cara aos obxectivos comúns, que eventualmente produce a ilusión da omnipotencia (encantamento grupal), pero contribúe tamén a superar no seu momento as discrepancias e diverxencias que poñen ao grupo en risco de escisión, accedendo finalmente a un nivel de acordo e intimidade sólidos que traen a madurez necesaria para a emancipación (independencia) e a transcendencia.

Os estudos sociométricos arrojan configuracións lineais (de illamento) nas etapas tempranas dos grupos, circulares (de colaboración) a medida que avanza o proceso, e espirales (de proxección ao exterior) cara o final.



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

2 Riscos da profesión e imperativos éticos

O estudo do rol profesional do psicoterapeuta debe pasar por unha formulación de formación, terapia persoal, autocoidado e supervisión que inclúa o traballo coa propia biografía e as relacións familiares e sociais.

Burmeister e Álvarez Valcarce (2009), advirten sobre as esixencias e os riscos da profesión do psicoterapeuta: “Cada terapeuta comprométese a explorar e coñecer tanto a súa propia historia e biografía como a súa realidade vivencial no presente a través de ofertas de auto-experiencia e supervisión. O obxectivo destes procedementos é non contaminar a relación terapéutica coas propias necesidades ou intereses do terapeuta, aínda que sexa dunha forma inconsciente”. Destaco algunhas cuestións máis relevantes:

I. Sobre a relación terapeuta-paciente. O coordinador de grupos pode ter escenas temidas non resoltas que lle produzan reaccións contratransferenciais ou de contraidentificación proxectiva e dificulten as súas funcións. Estas deben ser resoltas durante o período da súa formación.

II. Sobre a formación en Psicoterapia de Grupo. A formación deberá conter unha serie de criterios que se deben cumprir en todos os centros acreditados dentro dun territorio nacional. Estes son os homologados no ámbito europeo: a duración do programa será de, polo menos, tres anos, ofrecerá tres niveles de formación (básico, avanzado, superior), e constará polo menos dun total de 600 horas (terapia persoal, capacitación técnica, contidos teóricos) máis 100 horas de práctica supervisada. Estas cifras están suxeitas a avaliación continua e deben ser interpretadas como un compromiso mínimo de calidade que responde ás necesidades do ensino no campo das ciencias sociais en xeral.

III. Temas que requiren especial atención.

O poder: As dúas posicións extremas posibles do terapeuta -a negación do poder con boas intencións ou o manexo incontrolable do poder- reflicten a necesidade de esclarecer as experiencias propias do poder do terapeuta e a súa postura ante o tema.

A sexualidade: A infracción da abstinencia de sexualidade dentro da relación terapéutica móvase, na maioría dos casos, por algún malentendido con estes temas, sendo aplicable aos dous lados da relación.

Violencia e agresividade: ... a través do perfil prefigurado do rol do terapeuta bloquéase a súa expresión libre e espontánea. Ao contrario, o rol require tolerar agresividade e hostilidade para protexer os límites do espazo terapéutico e atopar unha resposta adecuada. Para garantir o bo manexo desta situación, difícilmente soportable, o terapeuta debe recorrer moitas veces á axuda da supervisión, aínda que choque co mito terapéutico (da omnipotencia).

A dimensión narcisista: O desexo narcisista de recibir agarimo e empatía pode influír na cuestión da duración da terapia (conclusión narcisista). A negación de derrotas ou dificultades dentro do proceso terapéutico, motivada por razóns narcisistas, pode levar consigo como resultado a creación do rol de loitador solitario, e pode causar a longo prazo consecuencias serias para a súa propia saúde (“burnout”).

Expectativas: Como resultado dunhas esixencias pouco realistas, moitos terapeutas tenden a negar fracasos terapéuticos ou dificultades dentro da terapia. Así mesmo tenden a negar a súa propia agresividade. Por todo iso están suxeitos a unha alta incidencia secundaria de depresións, enfermidades de adicción e tamén a unha cota alta de suicidio. Por iso, para o terapeuta é necesario contar con supervisión e psicoterapia persoal canto antes, para evitar así caer na trampa do mito da omnipotencia e de esixencias sociais cada vez máis altas sobre o seu propio rendemento terapéutico. É durante a formación do futuro terapeuta cando fai falta estimular a todos os estudantes para que non se expoñan a si mesmos e aos seus clientes a un risco non suficientemente controlable, e invitarlles a adxudicarse a mesma protección e a mesma axuda que estarían prestando noutras ocasións aos seus propios clientes.

IV. Sobre Ética e Deontoloxía.- Os principios éticos expostos a continuación foron aprobados para a súa aplicación a calquera forma de psicoterapia, garantindo a calidade e a protección do espazo terapéutico.

Respecto á autonomía, a autodeterminación e a dignidade do outro: A dependencia do cliente no marco da psicoterapia determina tamén a protección da súa personalidade (compromiso de confidencialidade) e o manexo coidadoso e responsable, sobre todo cos temas vergonzosos.

Principio de evitar danos (primun non nocere): O psicoterapeuta debe buscar axuda externa (supervisión, “segunda opinión”) en situacións de falta de claridade ou falta de seguridade sobre os principios antes expostos.

Compromiso de axuda (diferente de paternalismo): O terapeuta exerce unha función de moita responsabilidade polo coñecemento de detalles íntimos do cliente. Diso despréndese a necesidade dun alto grado de esixencia cara un bo coidado de si mesmo. Ten que proporcionar unha solución adecuada cando el mesmo xa non pode e/ou non quere facilitar a axuda necesaria (coterapia, derivación..).

O principio da xustiza (reparto de recursos): Cando o terapeuta distribúe o seu tempo e as súas capacidades, non debe centrarse só nalgunhas terapias illadas, senón que debe considerar o total da demanda terapéutica que ten que cubrir.

“A negación de derrotas ou dificultades dentro do proceso terapéutico, motivada por razóns narcisistas, pode levar consigo como resultado a creación do rol de loitador solitario”

3 Propostas prácticas

Os profesionais de axuda invisten a súa enerxía en facerse cargo doutros, necesitan que tamén alguén se faga cargo deles.

Portnoy (1996), elaborou unha guía de auto-axuda para as variantes do estrés ocupacional en profesionais de servizos humanos, sinalando causas externas (variables do entorno laboral) e causas internas (crenzas e características de personalidade que proceden de influencias familiares, socavan a capacidade de autocoidado e resultan en sobreimplicación co traballo e, polo tanto, desgaste). Así, detalla as características das personalidades vulnerables:

- hiperresponsabilidade: non toleran defraudar, cúlpanse en exceso dos fallos, autoestima baseada no cumprimento e no éxito.
- sobreinvolucración co traballo: absorben os problemas e estados emocionais dos outros e tratan por encima de todo de resolvelos e lograr o seu benestar, debilitándose os límites e desatendendo as propias necesidades.
- autovaloración baseada en logros: necesitan o éxito e o cumprimento, senten culpa e menosprézanse ante fallos ou fracasos.
- orientación ao exterior: identidade e valor baseados no feito de dar e axudar aos demais, non valoran as súas calidades internas.
- negligencia ante as necesidades persoais: acelera e agrava o proceso de desgaste.
- autosuficiencia: necesidade de mostrar fortaleza e non deixar ver as debilidades ou limitacións por temor ao rexeitamento e á perda de control, desconfianza cara aos demais...
- intolerancia da discordia: inhibición e submisión ante as opinións doutros, necesidade de agradar, evitación da tensión e os conflitos renunciando ás propias opinións.

E tamén os escenarios familiares que favorecen prácticas de risco: falta de predictibilidade, menores adultos, familiares discapacitados, problemas de límites, roles estereotipados, transmisión de normas e expectativas (lealtades)...

O seu programa de autocoidado inclúe a atención a diferentes aspectos:

Autocoidado emocional.- poñer límites, tomarse tempo libre, pasar tempo con persoas de confianza, revisar o nivel de autoexigencia/autotolerancia...

Autocoidado físico.- facer exercicio regularmente, durmir ben, dieta sa, revisions médicas.

Autocoidado financeiro.- planificar a xubilación, investimentos, administrar o orzamento.

Autocoidado espiritual.- afiliacións relixiosas, meditación, actividades artísticas e tempo en contacto coa natureza.



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

Harrison e Westwood (2009), nun estudo sobre Trauma Vicario en terapeutas, recomendan a súa atención por medio de: supervisión regular (no contexto dunha relación de supervisión de apoio); redes de apoio social e de iguais; equilibrio entre a vida persoal e o traballo; autocoidado holístico (incluíndo terapia persoal); e auto-conciencia plena dentro e fóra do lugar de traballo.

En Filgueira Bouza, Castro Soto et al. (2013, en imprenta), presentamos o modelo de supervisión/intervisión en grupos de autocoidado do ITGP-Galicia co método psico(socio)dramático, desde a teoría de roles de Moreno e cun enfoque narrativo-construcionista (co-creación de novos roles e escenas). Recoñecemos a necesidade dos coidados do coidador para preservar a súa capacidade e rendemento, “aprender a coidarse para poder coidar” (Delgado 2006, 2012). A resistencia (ou medo) a admitir dita necesidade ten que ver coas expectativas, demandas e conflitos dos roles/contrarroles, a desexabilidade social, a dificultade para enfrontar e atender as propias debilidades, limitacións ou necesidades... (Filgueira Bouza, 1991). Propoñemos o estudo do rol profesional e a cadea histórica de escenas concatenadas ata chegar á matriz primixenia dos roles actuais para un traballo de rematrización (Filgueira Bouza e equipo ITGP-Galicia, 2011-2014). Realizamos unha análise do solapamento e impacto recíproco entre a vida persoal e a vida profesional, mediante a exploración e o traballo cos acios de roles e escenas nos diferentes ámbitos de interacción. Utilizamos caldeamentos estruturados (exercicios dirixidos, símbolos e rituais), coa referencia do mito de Quirón “o sanador ferido”, para traballar as escenas que traen os participantes da biografía persoal e os seus casos do ámbito profesional. Revisamos cuestións teóricas e técnicas, traballando vivencialmente coa dinámica grupal e o encadenamento de escenas que evocan os participantes na experiencia. Realizamos as exploracións de roles e escenas con instrumentos sociométricos, tests da parella e a familia, e cuestionarios de síndromes profesionais e de autocoidado. Emerxen neste proceso escenas coas figuras significativas da biografía persoal, desvelándose feridas e corazas, sobrecargas emocionais, pautas interactivas, perfís vinculares e paralelismos entre a experiencia individual, familiar, social e profesional. Buscamos o desenrolo de habilidades para o autoanálise e a análise e intervención sobre as dinámicas interactivas nos diferentes escenarios da vida do profesional de axuda: parella, familia, grupo social e ámbito laboral. Trátase globalmente de adestrar aos profesionais de axuda na aplicación de instrumentos diagnósticos e terapéuticos para a intervención con parellas, familias e grupos nas suas diferentes tipoloxías, ofrecéndolles simultaneamente unha oportunidade para o autocoidado e a supervisión/intervisión de dificultades do ámbito laboral quizais enraizadas na biografía persoal e familiar (Filgueira Bouza e cols. 1991-2014). A metodoloxía e os procesamentos pódense consultar en Filgueira Bouza e cols (2008-2011, na imprenta).

Martínez Bouquet (1997, 2005) propón un pensamento en escenas (paralelo a escóita psicoanalítica), en dous niveis: manifesto e latente. O proceso escénico cara á dramatización consiste nun encadeamento de escenas que vai desde a escena imaxinaria ou latente, pasando pola escena desde

o punto de vista dos individuos (percepcións e dinámica grupal coma ponte e filtro), ata a escena dramatizada ou manifesta (observable) que se representa sobre o escenario. A escena latente é o nivel inconsciente, a estrutura e significado oculto subxacente á actividade discursiva manifesta, constituíndo o seu determinante e fonte da súa dinámica.

Contén o denominador común dos inconscientes individuais e está determinada pola biografía persoal, a historia do grupo, e a historia do contexto onde transcorre o grupo.

Kesselman, Pavlovsky e Frydlevsky (1981) elaboran unha proposta estruturada para o traballo coas escenas temidas do coordinador de grupos. O obxectivo é traballar sobre o persoal de cada coordinador e a súa singular relación cos seus grupos. Nas situacións grupais, en xeral, cada un ten unha idea máis ou menos clara das súas dificultades concretas e recursos. Ás veces, as dificultades están dadas por un descoñecemento teórico ou técnico das posibilidades de manexo; noutras, os problemas aparecen por dificultades persoais fronte ao grupo. Ampliando esta observación, cada cal coordina dacordo á persoa que é e impregnado da súa historia persoal e cos outros, tendo unha menor ou maior conciencia das súas posibilidades e dos seus conflitos interpersoais. En toda situación de regresión grupal, o terapeuta ou coordinador regresa tamén porque está no grupo. A pregunta será entón: ¿cales son as situacións nas que cada un entra en regresión máis facilmente segundo as súas series complementarias?, e ¿cal a súa capacidade para saír delas? A tarefa será, pois, verse en e fronte ao conxunto en espellos multiplicados, introducíndonos na mirada especular dos outros, aprendendo de si e dos outros no traballo de coordinación. Para iso, recreamos situacións da práctica cotiá onde intentamos coñecernos e recoñecernos nos momentos conflictivos de todos, considerar a posibilidade de aprendizaxe dun repertorio de condutas alternativas para encaralos, ou ben a elección de parellas homólogas ou complementarias no traballo de co-coordinación. Se podemos compartir esta procura, esta disposición persoal e grupal, poderemos crear o contexto de seguridade psicolóxica que este tipo de tarefa esixe.

Temas emerxentes máis frecuentes: Abuso de poder do terapeuta. Sexo e agresión no grupo. Abuso no rol de paciente. Rexeitamento ao/do paciente. Expoñerse, encerro narcisístico: que descubran o meu descoñecemento, medo á desvalorización, a non saber expresarse, a non ser respectado... A distancia e o corpo, a ausencia. Sobrecargarse, sobreinvolucrarse. Sobreesixencia. Confrontacións, cuestionamentos. Pánico ao descontrol ou desbordamento do grupo, acting-out dos participantes. Bloqueo e impotencia fronte ao propio desbordamento emocional, por contraidentificación. Desvelamento da contratransferencia, acting-out do terapeuta...

Proceso:

a) As escenas temidas.

Os momentos difíciles máis habituais polos que adoita pasar o coordinador no desempeño profesional do rol (temores, dificultades, erros, pesares, enganches da historia persoal con certos temas ou pacientes, trampas, desafíos, momentos embarazosos ou terribles...). Poden quedar como secretos ou misterios de cada coordinador, ser obxecto de confesión amistosa e de bromas sobre a psicopatoloxía da vida cotiá dos coordinadores de grupo, ou converterse en obxecto de profundización e nunha verdadeira oportunidade de cambio e aprendizaxe para cada coordinador. As imaxes conflictivas da nosa vida profesional poden ser “especializadas”, isto é, representadas dramáticamente no espazo en forma de escenas. Si a escena temida é representada dramáticamente baixo a guía do propio interesado en estudarse a si mesmo, chegamos ao momento, obxectivo noutros, da súa propia dificultade. Alí ábrese o camiño por unha pregunta que vén soa: esta escena temida para este coordinador, ¿que está encubriendo del mesmo?, é dicir, ¿de que escena latente da vida persoal do coordinador é representante e á vez encubridora, esta escena temida do seu que-facer profesional?

b) As escenas consoantes.

A escena temida é utilizada como “vía rexia” para chegar ao inconsciente do coordinador de grupo. Si se lle invita a asociar ideas, realizar soliloquios e illarse momentaneamente, en compañía dos outros, pero nun exercicio de introspección cara á súa propia historia, nunha regresión guiada polo condutor do exercicio sobre os seus propios momentos vitais que fagan eco co afecto da temática suscitada na escena temida, é posible rastrexar unha ou varias escenas (usualmente da súa vida familiar) que, por vibrar de forma tan parecida coa escena temida, chamarémolas escenas consoantes (ou escenas familiares asociadas consoantes). Estas escenas poden tamén ser representadas dramáticamente, e aluden sempre a unha estrutura modular subxacente. Preguntámonos entón, ¿que convén facer desde esta escena?, ¿como seguila traballando para que adquira máis profundidade didáctica?, é dicir, ¿como tratar esta regresión, que intentamos producir no protagonista, para que lle permita a este saír proveitosamente, ou sexa, aprendendo desta regresión?

c) As escenas resoantes.

A interpretación deixa un pouco borrosas as imaxes multipersoais, para descubrir as relacións prehistóricas ou máis antigas que subxacen a cada vínculo multipersoal. Profundizar é, desde este enfoque, ir despexando recordos, imaxes, escenas que encobren as imaxes fundamentais (máis primitivas) da nosa conduta. As técnicas psicodramáticas e de acción teñen o beneficio da apropiación de cada escena persoal polo conxunto dun grupo, para acceder tamén, por ese camiño, á profundidade do coñecemento do suxeito. Por iso, concibimos a posibilidade de transformar esta



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

escena “consoante” nun medio de traballo para cada integrante do grupo. Pedímoslle entón ao protagonista que preste a escena aos demais, para que circule libremente polo grupo. Tomamos cada anaco da escena para sacarlle algo así como unha fotografía amplificada, de tal xeito que, en lugar de reducirse ás relacións prehistóricas, esta escena comeza a multiplicarse, a enriquecerse coa mirada, o oído, as actitudes, os sentimentos, as reaccións e as palabras dos outros. Sucede como nos salóns de espellos que nos devolven a nosa imaxe esaxerada en distintos puntos do noso esquema corporal, onde custa recoñecer a imaxe que nos devolve o espello e que, con todo, represéntanos. A escena “consoante”, así representada e traballada coa multi-resonancia do conxunto, permite chegar a unha gestalt básica, pluridimensional e totalizante, que se contrapone á visión monocular e parcializadora do protagonista nos momentos en que este se atopa examinándoa illadamente, subministrándolle novas perspectivas coas que se dirixe novamente a examinar as súas escenas temidas. As escenas “temidas” así tratadas deixan de ser soamente “encubridoras”, para transformarse en “descubridoras” e para formar, como nun crebacabezas que se volve a armar en conxunto coa resonancia nos outros, esta nova escena “mutativa”: a escena “resoante”. O tema da escena asociada “consoante” circula entre os participantes e resoa nos seus interiores, multiplícase ata o infinito como un gran amplificador de sons e de imaxes. Vaise incorporando no protagonista un repertorio enriquecido de respostas posibles fronte á situación inicial, ata chegar a un clímax de resonancias que completan unha gran escena (integración nunha soa gestalt de variacións sobre o mesmo tema), que contén a totalización dos medos posibles e das defensas posibles contra estes medos, neste tema que lle complica a súa vida profesional. É a escena “resoante”. Esta totalización, ao ser internalizada polo protagonista, permítelle emerxer da regresión na que o sumiu a súa visión parcializadora e illada.

d) A volta á escena temida: a escena resultante.

O protagonista volve representar a escena temida, que xa non soa no seu interior da mesma xeito. O seu bloqueo narcisístico, a novela familiar que subxacía á súa escena temida transformouse. Reescribiuna cos seus compañeiros e quedou sobreimpresa para transformar seguramente a súa óptica da antiga escena temida, que ten para el, desde agora, unha valoración distinta, moito máis rica que a que tiña antes de ser tratada deste xeito. Está listo, ademais, para consoar e resoar coas escenas temidas do resto dos seus compañeiros. A súa novela profesional (equivalente da súa novela familiar) comezou a modificarse.

e) O efecto da multiplicación dramática e as construcións grupais.

¿A miña escena temida é de todos?, ¿Todas as escenas temidas son miñas?, ¿Penso só e son pensado polo grupo?. O espello cóncavo das mediatizacións subxetivadas, redescobre na súa obra unha pluridimensionalidade da que carecía o seu boceto orixinal. É verdade que o boceto foi distorsionado, deformado, arrincado de raíz da súa forma nacente; pero esa deformación que parece rom-

per estéticamente coa seu coágulo inicial, non fai senón redescubrir as formas que permanecían adormecidas, ocultas ou latentes na súa primeira formulación estética. Unha escultura feita entre varios potencia as formas mortas da orixinal, é unha escultura totalizadora e tetradimensional que completa a visión unívoca e parcial dun só observador, unha suma de subxectividade que aproximan unha obxectividade globalizada. Cada nova subxectividade incorpora a síntese das subxectividade previas. Un fala mentres outros escoitan desde a súa experiencia e subxectivan o relato. Cada cal enfoca a súa canle e a trama argumental ábrese en abanico. Proxéctanse e interpretan os personaxes subxectivados. Un teatro circular, unha danza de subxectividade, onde cada interlocutor pasa a película da súa historia proxectándoa na pantalla do imaxinario. Os personaxes gañan matices. A escena orixinal é apropiada por todos. Todos os relatos subxectivados enriquecéense.

“Cada nova subxectividade incorpora a síntese das subxectividade previas”

Plan de Traballo (Kesselman, Pavlovsky e Frydlevsky reestruturado por Filgueira Bouza):

1. Autopresentación e integración dos membros do grupo. Exercicios sociométricos (verbais, corporais, sensitivos...) de caldeamento, mobilización e construción da matriz grupal (confianza, intimidade e cohesión).
2. Xogo do “xardín de infancia” para a exploración de roles/escenas e desencadear a regresión.
3. Listado de conflitos propios da coordinación sacados da experiencia dos participantes. Explicitación dos medos e ansiedades persecutorias no “aquí e agora” (medos individuais e medos proxectados). Explicitación da autoconfianza. Xogo do “segredo inconfesable”.
4. Subgrupos temáticos, creación de imaxes (escena plástica ou imaxe dramatizada, non verbal, que os exprese), dramatizacións grupais para a exploración de escenas consoantes. Síntese dramática onde se escenifica plásticamente o traballado por subgrupos para compartilo no grupo grande. Mostra de cada escena-síntese de cada un dos grupos pequenos fronte ao conxunto e intentos de elaboración teórica.
5. Título e dramatización individual da escena temida profesional de cada un dos coordinadores-participantes. Traballo coas escenas consoantes e resoantes, e ensaio de volta á escena temida individual coa escena resultante. Cada cal interioriza a escena conflictiva de cada compañeiro e adquire unha gestalt da silueta dun coordinador con todos os seus temores.
6. escenas de dó de cada coordinador: traballo de dó para a elaboración da dependencia do terapeuta e o grupo. Escenificacións non verbais das despedidas.
7. Rituais de integración.
8. Comentarios finais.

Exercicios

1º) Xardín de Infancia: “primeiro día no xardín de infancia, cativos cuxas nais acaban de deixalos na clase, teñen 4 ou 5 anos, aproximadamente, e esperan a chegada dos mestres”. Os coordinadores poden participar por instantes na dramatización para mobilizar situacións que se estereotiparon defensivamente, ou ben para conter despregues afectivos que eclipsan a percepción e a vivencia da estrutura dialéctica subxacente á escena: por ex., o temido inclúe ao desexado, a parálise á acción, a indiferenza á envexa, a agresión ao sometimento... Avanzada a dramatización, enfocamos aspectos parciais para escoitalos con maior claridade: mentres o resto do grupo permanece en silencio, coma un filme detido por uns segundos, unha parte da escena total segue en movemento, por ex., unha escena onde tres cativos xogan ás canicas; despois, o soliloquio dun neno que quedou illado do resto, mirando, etc. Soliloquios, cambios de roles, doblaxes, inclusión dunha escena emerxente no desenrolo do xogo... completan a dramatización. Para rematar, o grupo comenta o sucedido a partir das dúas lecturas posibles: desde o rol vivenciado e recoñecido, e desde a opinión interpretativa, hipotética, da dinámica grupal. Finalidades do xogo:

- a) favorece un ambiente de regresión referido ás primeiras situacións infantís de aprendizaxe fora do fogar, de aquí partiremos para elaborar a dependencia transferencial cos directores do seminario;
- b) permite ver no seu desenrolo o proceso de asunción de “roles” dos membros participantes;
- c) adianta os primeiros modos de subagrupación e abre as canles de comunicación;
- d) facilita o despregue escenificado dalgunhas fantasías grupais;
- e) permite vivenciar a dinámica dun grupo;
- f) integra os medos e ansiedades no desempeño de roles por medio da linguaxe dramática e a súa lectura comparativa coa linguaxe verbal;
- g) facilita a cohesión e intimidade grupal e, deste xeito, contribúe ao fortalecemento das condicións de seguridade psicolóxica que a tarefa esixe.
- h) permite os diferentes niveis de lectura da dramatización e os roles: interpretacións persoais (roles individuais), grupais (roles sociais), sociodramáticas (dinámica vincular en torno á tarefa), sociodramáticas transferenciais (fantasías fronte á tarefa e aos coordinadores).

2º) Explicitar os medos individuais: en círculo, expresar en voz alta o medo aquí e agora á tarefa, dirixíndose cada un a un compañeiro e explicando o motivo da súa elección. “Temo... e dígocho a ti porque”.

3º) Explicitar os medos proxectados nos compañeiros: medo a quen e por que. Remóvense as miradas paralizantes. “Ti fasmе temer”.

4º) Explicitar a autoconfianza, expresando o que non se teme con certeza. Desvela a negación do medo e os mecanismos defensivos. “O que seguro non temo é”, “Confío en”.

5º) Os segredos inconfesables: un segredo inconfesable configura unha escena onde tres míranse, pero átanse á vez porque son testemuñas do que debe ocultarse, do que non pode ser dito sen romper un pacto que o define na constitución da identidade persoal, pois a revelación implica sempre (no imaxinario) unha segregación. Nunha folla anónima cada participante debe escribir de xeito conciso o seu segredo inconfesable como terapeuta, a anécdota e os sentimentos vividos. Despois, todas as confesións son mesturadas nunha caixa. Agora, cada segredo é de todos e todos os segredos son de cada un. Cada membro, ao azar, retira unha das follas que le en silencio e que despois verterá en voz alta ao conxunto, nunha linguaxe verbal dramatizado coma se fose a súa propia confesión. O grupo preguntará ou non, ou simplemente expresará os sentimentos xerados. Escultura grupal do segredo compartido (síntese dramática).

5º) Traballo en grupos pequenos: da técnica dramática ao concepto, para outra formulación dramática, para outro concepto. Dramatización individual profundizada da escena temida profesional de cada participante Psicodrama da escena consoante (asociada familiar), escena resoante (percepción múltiple grupal) “escena resultante (ensaio de volta á escena temida individual), Síntese dramática (do traballo realizado) nunha escenificación plástica que inclúe o “vivido” e a conceptualización da exploración realizada. Os subgrupos volven xuntarse para mostrar as escenas-sínteses (linguaxe en escenas) de cada un dos grupos pequenos, agora fronte ao conxunto; intentos de conceptualizacións teóricas.

O Módulo 2 do Terceiro Ciclo de Autocoidado do ITGP-Galicia (Antas de Ulla, Lugo, 13-15 Decembro 2013), foi dedicado especificamente a “As escenas temidas do coordinador de grupos” con este marco. Os participantes supervisaron os seus medos desde os grupos profesionais de referencia, traballando co encadeamento de escenas subxacentes a cada tema emerxente. escenas (temidas) de desconexión, distanciamento, perda, desprotección, agresión, negligencia ou abandono..., (consoantes) en diferentes esferas e etapas da vida dos protagonistas, compartidas (resoantes) na experiencia dos participantes, remitían inconfundiblemente á latencia do medo nuclear á soidade (o frío, a escuridade, a falta de afecto, a aniquilación...), que o grupo remonta mediante rituais tribais (fogueira e canto) nunha escena final (resultante) que reforza a seguridade polo sentido de identidade e pertenza, integra perspectivas e amplía horizontes.



“The Pied Piper of Hamelin”
de Robert Browning, 1889

4 Conclusións

A atención á demanda como profesión, compracer ao outro como imperativo e lealtad, demasiado tempo nunha escalada de sobrededicación, nunha absurda noria de actividades (nin tan útiles nin tan ineludibles), o desprazamento das necesidades propias, ata da conciencia de que existen, demasiado tempo dirixindo, relegando a necesidade de soporte, forzando a forza e a resistencia, demasiado tempo sen tempo, ata a inmersión no illamento automático, coa irritabilidade a flor de pel e case sen conciencia do desproporcionado das respostas ante calquer estímulo exterior que ouse distraer a alienación... Pasar do “débocho” o “débomo” é o salto necesario dos sanadores que desexan sanarse e preservar a capacidade de sanar. O grupo de intervisión ponnos fronte aos iguais en términos de necesidade e coidados mutuos. Non teño que poder sempre, non teño ese poder. Onde non chego, outros tomarán o relevo.

BIBLIOGRAFÍA BIBLIOGRAFÍA

Arcelloni, T. y Ferrero, G. (2009). El duograma en la formación sistémica. Los terapeutas y sus relaciones de pareja. *Psicoperspectivas*, VIII (1), 95-230. **Psicoperspectivas** 12.04.2009

Ávila Espada, A., Caro Gabalda, I., Orlinsky, D., Rodríguez Oliva, S., Coscollá Iranzo, A. y Alonso Álvarez, M. (2000 Dic). El Desarrollo Profesional de los Psicoterapeutas Españoles. *Boletín de Psicología*, 69, 43-69.

Baer Mieses, S. y López Barberá, E. (1990-1991 Inv). Terapia Familiar Sistémica Estructural-Psicodramática. *VÍNCULOS*, 1, 103-118.

Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). Comunicación: la matriz social de la psiquiatría. Barcelona: Paidós.

Burmeister, J. y Álvarez Valcarce, P. (2009). Encuadre General de la Psicoterapia de Grupo. En: M.S. Filgueira Bouza et al. Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama: Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Cap. 1. **Lulu** 18.09.2009.

Bustos, D. (1975). Psicoterapia Psicodramática. Buenos Aires: Paidós.

Bustos, D.M. (1985). Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática. Buenos Aires: Momento.

Bustos, D. (2006). Teoría de Clusters. Artículo 2004

recogido por G. Reyes en: Psicodrama. Paradigma, Teoría y Método. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Bustos, D. y Nosedá, E. (2007). Manual de Psicodrama en la Psicoterapia y en la Educación. Buenos Aires: RV Ediciones.

Canevaro, A. (2003 2º Cuatrim). La interacción entre el self personal y el self profesional del Terapeuta de Familia. Mosaico, 3º Ep., 26, 8-12.

Chasin, R., Roth, S. & Bograd, M. (1989). Action Methods in Systemic Therapy: Dramatizing Ideal Futures and Reformed Pasts with Couples. Family Process, 28, 121-136.

Delgado, F. (2006, 2012). Saber cuidarse para poder cuidar. Educar Práctico. Centro de Humanización de la Salud. Promoción Popular Cristiana. Padres Camilos, 3ª edición. Madrid: Grupo SM.

Engram, B.E. (unpublished manuscript). Role Theory. Saint Elizabeth's Hospital. Washington, D.C.

Ferrer i Balsebre, L. (2009). Psicodrama Sistémico. En: M.S. Filgueira Bouza et al. Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama.- Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Cap. 10: Escuelas y enfoques en Psicodrama. **Lulu** 18.09.2009.

Filgueira Bouza, M.S. (1991 4º Trim - 1992 1er Trim). La cara oscura de la luna: metaterapia, encuentro en psicodrama y vínculos imaginarios. VI Reunión Nacional de la AEP: "Personalidad y Psicopatología del Psico-

dramatista". Santiago de Compostela, Abril 1990. Informaciones Psiquiátricas, 126-127, 413-419.

Filgueira Bouza, M.S. (1992). Psicología Grupal y Psicodrama. SISO SAUDE, Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental. Monografías nº 4.

Filgueira Bouza, M.S. (1993 Nov). Desgaste Profesional Acelerado en Trabajadores de la Salud.- Un Estudio Psicosocial. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Filgueira Bouza, M.S. (1994). Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud. SISO SAUDE, 23, 27-56.

Filgueira Bouza, M.S. (1995). El síndrome del <Burnout> y el tratamiento de los terapeutas. En: Trastornos afectivos. VI Jornadas de la Asociación Gallega de Salud Mental. Pontevedra: Smithkline Beecham, S.A.

Filgueira Bouza, M.S. (2008). Taller: La vida personal del psicoterapeuta. **AEP Internacional** 21.10.2008.

Taller vida personal del psicoterapeuta 30/09/2008

Filgueira Bouza, M.S. (2008, 2010 Sep). Psicodrama con Parejas y Familias, Autocuidado y Supervisión. Protocolo de Formación e Intervención. **AEP Internacional** 21/10/2008. La Hoja de Psicodrama, 2010(Sep), 18(58), 20-31.

Filgueira Bouza, M.S. (2010). Comunicación con ballenas y escenas familiares en prácticas de autocuidado. XXV Reunión Nacional de la Asociación Espa-

ñola de Psicodrama: "El Psicodrama del Siglo XXI". Sitges (Barcelona), 1 a 3 de Octubre de 2010.

Filgueira Bouza, M.S. (2011 Nov). Communication with whales and Family Scenes in Self-Care Praxis. Actas do IV Congresso Mediterraneo e Atlantico da IAGP: "Outros mares, novos olhares". Oporto, 7-10 Septiembre 2011. Gabriela Moita, Antonio Roma Torres e Liliana Ribeiro (Eds.). pp. 125-134.

PROCEEDINGS BOOK

Filgueira Bouza, M.S (2013 Jun). La Terapia Psicodramática (desde el enfoque clásico moreniano). Vínculos, 3ª etapa, 1, 5-41.

Vinculos junio13

Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta). Síndromes Profesionales del Psicoterapeuta: Propuestas de Autocuidado con Psicodrama. Revista de Psicoterapia y Psicodrama nº 3. Asociación para el Estudio de la Psicoterapia y el Psicodrama.

Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta). Propuestas de Intervisión y Autocuidado con Psicodrama. Revista Brasileira de Psicodrama. FEBRAP.

Filgueira Bouza, M.S., Castro Soto, M., Fernández González, A., Haire Collins, A., Lorenzo Vila, MC., Alonso Búa, B., González Vázquez, A., Suárez Fernández, L., Hernando Román, C., Piñeiro Reiriz, E., Martínez Cortizo, M., Córdoba Gamallo, M. (en imprenta).

El Sanador-Herido: R-Evolución Personal en Retiro Grupo de Autocuidado ITGP-Galicia. XXVIII Reunión

Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: (R)evolución. Sevilla, 22-24 Noviembre 2013.

Filgueira Bouza, M.S. et al. (2009). Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama: Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. **Lulu** 18.09.2009.

Manual de formación en psicodrama AEP para en-cargarlo Madrid: Clemente Martínez Pérez.

Filgueira Bouza, M.S., García Rey, M. y Soler Baena, M. (1998). El Triángulo Amoroso: Parejas en Crisis". En: Psicodrama: una propuesta de futuro. XIV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Sevilla: Padilla Libros Editores & Libreros.

Filgueira Bouza, M.S. y Lamas Crego, S. (1999). El triángulo amoroso (Psicodrama de Parejas). *SISO SAÚDE*, 32, 5-26.

Filgueira Bouza, M.S., Lomonte, G., Castaldi, L. Torres, P., Latorre, I., Jarpa, J.M., Smith, M., Osses, C., Pérez Silva, R. y Paz Zarza, A.L. Psicodrama y Balleoterapia en los Grupos de Autocuidado RENOSUR 2010. (2010). **VIII Congreso Iberoamericano de Psicodrama. "...Se hace camino al andar..."**. La Habana, 14 a 19 de Mayo 2011. 03.05.2010.

Filgueira Bouza, M.S. y equipo ITGP-Galicia (2011-2014). Grupo de Autocuidado e Intervisión. Primer Ciclo (2011-2012), Segundo Ciclo (2012-2013), Tercer Ciclo (2013-2014). **Seminarios ITGP-Galicia**

Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas. En: Marcelo Pakman (comp.). Construcciones de la Experiencia Humana (vol. II). Barcelona: Gedisa.

Goldbeter-Merinfeld, E. (2004 3er Cuatrim). Formación y Proceso. *Mosaico*, 4ª Ep., 30, 22-25.

Guy, J.D. (1995). La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Barcelona: Paidós.

Hale, A.E. (unpublished manuscript). The Role Diagram Expanded.

Hale, A.E. (unpublished manuscript). The Social Atom.

Harrison, R.L., & Westwood, M.J. (2009). **Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices**. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (2), 203-219.

Herranz Castillo, T. (2009). Psicodrama de Pareja. En: M.S. Filgueira Bouza et al. Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama.- Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Cap. 9: Aplicaciones del Psicodrama. **Lulu** 18.09.2009.

Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.

Jung, C.G. et al. (1991). Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana. Barcelona: Kairós, Biblioteca Nueva Conciencia.

Kesselman, H., Pavlovsky, E. y Frydlevsky, L. (1981). **Las escenas temidas del coordinador de grupos**. Madrid: Fundamentos.

Martínez Bouquet, C. (1977, 2005). Fundamentos para una teoría del psicodrama. México, Buenos Aires: Siglo XXI. Cap. V. Lo dramático. **Teoría de la Escena**.

Kreutz Smolinski, A. (2004 3er Cuatrim). Supervisión

+ Superaudición + Superemoción = Superación. *Mosaico*, 4ª Ep., 30, 12-16.

Kundera, M. (1993). La Insoportable Levedad del Ser. Barcelona: Tusquets Editores.

Lamas Peris, C. (2007 Oct). Hablando de las Supervisiones. *Mosaico*, 4ª Ep., 3(38), 29-32.

López Barberá, E. (1991 Prim), Psicodrama de Parejas. *VÍNCULOS*, 2, 15-35.

López Barberá, E. (2006 May). El grupo interno familiar en la formación del psicoterapeuta. En: XXXIII Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo: "Procesos de Crecimiento". Pamplona.

López Barberá, E. (2009). Terapia Familiar Psicodramática. En: M.S. Filgueira Bouza et al. Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama.- Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Cap. 9: Aplicaciones del Psicodrama. **Lulu** 18.09.2009.

López Barberá, E. y Población Knappe, P. (1997, 2012). La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia. Barcelona: Paidós.

López Sánchez, J.M. (1982). El Psicodrama en Psiquiatría Clínica. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada: Anel.

Martínez Bouquet, C. (1977, 2005). Fundamentos para una teoría del psicodrama. México y Buenos Aires: Siglo XXI.

Mason, B. (2004 3er Cuatrim). Algunas ideas para la práctica de la supervisión. *Mosaico*, 4ª Ep., 30, 17-20.

- Menegazzo, C.M. (1981). *Magia, mito y psicodrama*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Mirapeix Costas, C. (1991 4º Trim - 1992 1er Trim). Acting-out contratransferencial. VI Reunión Nacional de la AEP: "Personalidad y Psicopatología del Psicodramatista". Santiago de Compostela, Abril 1990. *Informaciones Psiquiátricas*, 126-127, 477-481.
- Moreno, J.L. (1962). *Fundamentos de la Sociometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, J.L. (1967). *Las Bases de la Psicoterapia*. Buenos Aires: Hormé.
- Moreno, J.L. (1975). *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, J.L. (1978). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé, Paidós. Sección V. Teoría y Práctica de los Roles.
- Pérez Muñoz, A. y Ortega, M. (2007 Oct). Aportaciones del Psicodrama a la Supervisión Clínica Sistemática. *Mosaico*, 4º Ep., 3(38), 33-35.
- Población Knappe, P. (1985 Oct). **La Escena Primi-genia y el Proceso Diabólico**. *Encuentro*, 1, 20-28.
- Población Knappe, P. y López Barberá, E. (1988 Oct-Nov). *Psicodrama y Teoría General de Sistemas*. Encuentro Internacional de Psicodrama. Barcelona.
- Población Knappe, P. y López Barberá, E. (1996 2º Sem), **Supervisión Activa Total**. *Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e intervenciones Sociales*, 1(2).
- Portnoy, D. (1996). *Overextended and Undernourished: A Self Care Guide for People in Helping Roles*. Hazelden: Center City MN.
- Sarró Martín, A. (2007 Oct). La supervisión como espacio relacional. *Mosaico*, 4º Ep., 3(38), 11-13.
- Schmoller, A. (2007). *La Sombra: cómo iluminar nuestros aspectos ocultos*. Buenos Aires: Kier.
- Schützenberger, A.A. (1970). *Introducción al Psicodrama*. Madrid: Aguilar.
- Schützenberger, A.A. (2008). *¡Ay, mis ancestros!* Buenos Aires: Aguilar, Alfaguara, Altea, Suma de Letras, Taurus.
- Schützenberger, A.A. y Sauret, M.J. (1979). *Nuevas Terapias de Grupo*. Madrid: Pirámide.
- Sternberg, R.J. (1989). *El Triángulo del Amor*. Barcelona: Paidós.
- Torres Godoy, P.H. (2007). *Sangra la escena: Psicodramaterapia del Trauma y el Duelo*. Santiago de Chile: EDRAS-Universidad de Chile.
- Vega, S. (2003 2º Cuatrim). Una forma de tematizar el trabajo con la persona del terapeuta familiar en la formación. *Mosaico*, 3º Ep., 26, 12-20.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Watzlawick, P. (1997). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Wiener, N. (1971). *Cibernética*. Madrid: Guadiana de Publicaciones.

5

MEDO NA
RESIDENCIA

Cristina Alonso Vilar
Carlos Losada López
Almudena Campos González

Resumo: O obxectivo deste artigo é dar a coñecer os medos que posúen as e os terapeutas noveis no inicio da súa traxectoria. Para a elaboración deste artigo se pediu a residentes de psicoloxía clínica que remataban o seu primeiro ano que escribiran os medos que tiñan con referencia ao exercicio da psicoloxía clínica.

Palabras chave: Medos, PIR, profesionais.

Abstract: The aim of this paper is to show the fears that have the junior therapists early in his career. For the preparation of this article we applied to clinical psychology residents who finished their first year, to write the fears that they had had with reference to the practice of clinical psychology.

Keywords: fears, PIR, proffessionals.

“Toda historia comeza cun principio, e este é cando menos emocionante.”

As e os Residentes de Psicoloxía Clínica, a pesar de recoñecer os recursos e capacidades que posúen que lles permitiron chegar ata a residencia...

“Lembro os longos días de estudo, as tardes calorosas de verán rodeada de libros de psicopatoloxía, psicoterapias, e todas as psico que un se poida imaxinar. Todos estes días, horas, minutos, todo o esforzo, a constancia e o traballo tiveron unha gran recompensa: A praza PIR que tanto desexaba.”

“Tras 5 años de licenciatura máis a preparación do exame PIR parecería ou suporíaase que deberíamos ter un coñecemento exhaustivo da psicoloxía. Contamos con numerosos coñecementos teóricos sobre diversos modelos, conceptos psicolóxicos, técnicas, etc.”

“Chegas á unidade de Agudos, coa túa mellor disposición de aprender e posiblemente sendo o momento da túa carreira profesional no que máis teorías teñas en mente, iso si, todo moi claro.”

... pero son conscientes das limitacións que teñen debido á inexperiencia.

“Pero lonxe diso, a realidade é que sobre a práctica somos uns inexpertos á hora de comezar a residencia.”

“Medo a non saber aplicar na práctica a teoría estudada”

“Quedábame outro medo, medo a non ter “o que fai falla” para ser un psicólogo que traballa en Clínica, un medo que se actualiza agora que estou a piques de cambiar de rotación.”

Descobren que a realidade é diferente da imaxinación...

“Esa praza que dende que sabes que está nas túas mans, non deixas de imaxinar, de pensar con que te atoparás, imaxinas que será o que o teu principio como profesional da saúde mental che deparará. Pero de todo o que imaxinas, nada máis lonxe da realidade.”

“Non todo é o que parece, e o que parecía a profesión da túa vida, a iso que te querías adicar porque che encantara empeza a non deixarche moi bo sabor de boca.”

... no contexto dun novo entorno laboral...

“Empecei a miña residencia tras varios anos de experiencia laboral, xa padecín e superei, en parte, o medo ao medio laboral e o medo a traballar con persoas, dous dos medos que, imaxino, pode estar vivindo alguén cuxo primeiro emprego sexa ser Residente.”

“Aterras na túa cidade, no teu hospital de referencia que xa é algo familiar para ti. Moito máis se tiveches a oportunidade de compartir algún momento cos profesionais que a partir de agora será o teu referente, e dos cales, pouco a pouco comezarás a sacar o mellor e outras veces, non necesariamente o mellor. Pero como ben se di na nosa terra, de todo se aprende.”

“Cando comecei tamén temía que ó estar rodeado de psicólogos non me fose sinxelo agochar as miñas pantasma. Este medo supereino pronto, cando me din de conta de que os psicólogos (e os non psicólogos), teñen as súas propias pantasma e están suficientemente entretidos con elas como para ocuparse das miñas.”

“Presentar sesións clínicas e seminarios ante todo o servizo: medo a quedar en branco, medo a trabucarse, medo a facer o ridículo ou a que te fagan unha determinada pregunta e non saber responder. Estes medos foron diminuíndose a medida que fun facendo presentacións e vendo que todos os medos iniciais non se confirmaban á hora de facer a presentación.”

“Medo a que os 4 anos de residencia non me gusten.” “Pensar que noutros hospitais forman mellor ós residentes ca no teu.”

“Está a vida e a residencia, e aínda que o traballo para min é vida, tamén teño vida que non é traballo, e esta revólvese se non a atendo axeitadamente.”

... cun futuro incerto.

“Medo a que te avalíen mal, que te suspenda o teu titor. Xa escoitei algún caso dalgún residente que suspendeu a rotación e sempre te preguntas: “e se a min tamén me suspenden?”.

“Logo de ver marchar aos meus residentes maiores, medo a equivocarme de camiño durante a residencia e medo a non poder exercer o que está sendo o mellor traballo de todos os que desempeñei.”

“A situación laboral a día de hoxe ou como a preveo de aquí a rematar a residencia (dentro de tres anos) non é o mellor. Iso lévame a preocuparme de si terei que ter unha consulta privada (xa que é o camiño que o resto dos meus compañeiros que acabaron tomaron).”

Aprenden da diferenza que hai entre a teoría e a práctica...

“Non puxeramos en práctica o que todos os modelos teóricos coinciden en sinalar como o factor máis importante do éxito terapéutico: A relación terapeuta-paciente”.

“O DSM, a CIE, son entidades nosolóxicas onde todo está e todo se recolle, iso si, na teoría. Primeiro día, primeira semana, primeiro mes... descubres que todo aquilo que estudaches e memorizaches con tanta paixón dista moito da realidade percibida no contacto real co paciente.”

... e as contradicións entre modelos que estas conlevan...

“Ese medo crece ao comprobar o ampla e variada que é a paisaxe da Psicoloxía Clínica: todas as escolas, teorías, e modelos aos que te ves exposto ao chegar, sobre todo cando vés dunha facultade cognitivo-condutual na que se se falaba de Freud era para rirse.”

“No meu caso en concreto a min gustaríame ver ao longo da residencia traballo psicodinámico e, coido, non vai poder ser.”

“Pouco a pouco ves que non todo é o que parece, que as circunstancias son moi importantes e cada vez esa liña que divide a loucura da cordura é cada vez máis fina, ás veces case imperceptible. “

... e as dúbidas que estas supoñen.

“Como decidirte por un modelo teórico determinado? Como saber que é o que mellor lle pode ir aos teus futuros pacientes? E sobre todo, Como saber cal é o modelo que mellor encaixa contigo, coa túa maneira de ser, de pensar, de actuar?”



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

“Que modelo teórico seguir... a lo menos no meu caso só tiña coñecemento do modelo cognitivo-condutual que é o que se estuda na facultade. A pesar de que diferentes psicólogos sigan diferentes orientacións, a gran maioría (a lo menos na miña área) son cognitivo-condutuais e iso dificulta ver outras orientacións,”

“Difícil cuestión, pero como ben di unha gran profesional, elixir é renunciar. E aí andamos agora, intentando renunciar a algo, xa que despois dun ano non conseguimos elixir nada.”

Se anticipan as dificultades que se poidan ter...

“Non ser capaz de establecer unha boa relación terapéutica cos pacientes é un dos medos que tiven no primeiro momento.”

“Que nunha primeira consulta quedas “bloqueada” ante as situacións que formula o paciente.”

“Os pacientes que veñen obrigados e son rehacios a contestarte: A primeira vez que me ocorreu custoume saber por onde saír... como continuar”

“No meu traballo acompañame o medo a non ver. A perderme algo importante, un sinal de alarma, unha información sutil pero relevante.”

“Ser neutra, non xulgar...” “Medo a facerlles dano”

“O seguinte medo é socialmente moi aceptable, un tópico que se le en moitas entrevistas a famosos. Dende hai anos acompañame ese medo ao fracaso que a un lle queda tras tropezar no primeiro bache realmente imposible, que logo parece quedar como motor da vida adulta.”

“Non ser capaz de levar ti o fío condutor da entrevista senón que o leve o paciente”

... e como serán percibidas pola persoa que teñan enfronte.

“Que se dean de conta da túa inexperiencia.”

“Támen sentín un tremendo medo, ou respecto, cando me enfrontei co primeiro paciente a soas. Un medo egoísta a ser descuberto coma un farsante. Despois dun ano sigo sentindo algo disto con moitas primeiras consultas.”

“Realizar unha primeira consulta e que a paciente dubide da túa capacidade como terapeuta debido a que es nova ou non tes o seu mesmo problema”.

“Medo a que o paciente non se sentira activamente escoitado, respectado ou sentise falta de empatía pola miña parte.”

Descubriendo a amplitude do coñecemento en psicoloxía.

“Teño medo a non estar lendo e aprendendo o suficiente.”

“Acabar a residencia sen ter un coñecemento amplo para poder enfrontarme a calquera caso na consulta privada ou pública.”

“Esa sensación de que o límite do coñecemento é infinito, e que por máis que les ou te informas, máis argumentos atopas para cuestionar todo o que pensas, todo o que fas...”

Vólvense cada vez máis conscientes da responsabilidade que implica o seu traballo...

“Medo a danar ao paciente con algún comentario que un fai de xeito inofensivo.”

“Tamén está o medo de terte equivocado cada vez que tes un abandono, un medo que foi un dos meus principais estímulos pero tamén unha sensación moi desagradable.”

“Aínda que a peor sensación que vives en consulta é o medo que sentes ante o teu primeiro paciente en risco de suicidio, un paciente que é imposible “non levarte a casa””.

“Medo a minimizar a gravidade dunha determinada patoloxía ou pasar por alto algo importante, marchándose o paciente mal para casa ou que lle xeres ti un problema”

“Medo a dar unha alta e que realmente o paciente non estea preparado para elo.”

... reflexionando sobre os seus erros...

“Os psicólogos recién iniciados na práctica tendemos, a lo menos na miña opinión, a ter a necesidade de usar técnicas e máis técnicas, apresurándonos a intervir cando ao mellor os obxectivos terapéuticos nin sequera están claros.”

“Nunha consulta poderemos ver oito problemas diferentes, oito persoas diferentes, oito familias diferentes, oito circunstancias diferentes e, como non, oito estados diferentes do propio psicólogo clínico, iso si, moitos deles aparentemente iguais. “



“Songs for Little People” de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

“Ao principio tamén me custaba explorar áreas tan importantes coma a sexualidade ou as ideas autolíticas.”

“Para min, unha das maiores dificultades nas primeiras consultas psicolóxicas que realicei é conseguir que os pacientes establecesen un obxectivo claro e conciso, sacándoo das queixas.”

“Intentas crear pacientes imaxinarios, onde cada un posúa os criterios exactos para ser diagnosticado, ese paciente que na primeira consulta che conte punto por punto o que lle pasa, os pensamentos que ten, as condutas que quere cambiar, etc... é dicir, o paciente perfecto.”

... e sacando importantes leccións para o futuro.

“Aferrarse á técnica impídete ser espontáneo e activo nas sesións.”

“Quedarse pegado na queixa, nos contidos, e non prestar atención suficiente ao proceso ou ás temáticas máis relacionais que o paciente trae, non axuda a construír un motivo de consulta tratable.”

“E aí cando tomas conciencia de onde estás, do importante que é cada palabra que digas, cada xesto que fagas e cada acción que levas a cabo.”

“A versatilidade é unha das características necesarias para un psicólogo, semellante á escenificación do actor.” “Como modular os sentimentos propios, as emocións propias, os pensamentos... un dos dons máis apreciados neste noso oficio da psicoterapia.”

“O que non vemos, ou o que vemos en función do cristal co que miramos, é un dos temas máis interesante e co que máis me cuestiono dende hai moitos anos.”

“Enfrontarme a calquera problema que xurda en consulta sen ter un “supervisor” ao pedir axuda: canto maior e máis ampla sexa a miña formación, maior capacidade para resolver casos. “

“O medo é unha emoción moi informativa á que hai que prestar atención.”

“Os residentes vivimos un proceso de aprendizaxe e aprender implica cambiar, e cambiar implica perder e exporse. Que o medo nos acompañe sen devorarnos.”

6

Todos os homes teñen medo. Todos. Quen non ten medo non é normal, iso non ten nada que ver co valor.

JEAN PAUL SARTRE

O MEDO NAS ARTES

Luis Vila Pillado

Resumo: Este artigo anteriormente fora planeado coma unha breve recomendación dun traballo relacionado co medo de cada unha das sete artes. Este enfoque, non obstante, tería resultado ser frustrante, xa que resultaría terriblemente incompleto. Unha extensión que tratase de describir como os medos humanos se expresaron na arte tería sido emocionante, pero ao mesmo tempo tan imposible de cubrir neste contexto, que a única opción que queda para min foi partir dunha selección subxectiva de traballos relacionados con medo, tratando de explicar as asociacións que provocan en min mesmo, e que se relacionan cos obxectos máis característicos de medo.

Palabras chave: medo, artes, literatura, música, pintura, danza, escultura, arquitectura, cine.

Abstract: This article had formerly been planned as a brief recommendation of a work related to the fear of each one of the seven arts. Such an approach, however, would have turned out to be frustrating as it would prove terribly incomplete. An extension which tried to depict how human fears have expressed themselves in art would have been exciting, but at the same time so impossible to cover in this context, that the only option left to me was to start from a subjective selection of works related to fear, trying to explain the associations which they provoke in myself, and which are related to the objects more characteristic of fear.

Keywords: fear, arts, literature, music, paint, dance, sculpture, architecture, cinema.

O medo, efectivamente, está en todas partes, e polo tanto tamén na arte. Escribir sobre o medo nas artes non resulta sinxelo. Nun primeiro momento este artigo prantexóuseme como unha breve recomendación dunha obra relacionada co medo por cada unha das sete artes. Unha aproximación así tería un resultado frustrante por terriblemente incompleta. Unha ampliación que tratase de recoller cómo os medos humanos se teñen plasmado na arte resultaría apaixonante, pero o mesmo tempo tan inabarcable neste contexto, que a única opción que me quedou foi partir dunha selección subxectiva de obras relacionadas co medo, tratando de explicar as asocia-

cións ás que me levan e relacionalas cos obxectos mais característicos do medo. O marco de ir seleccionando unha obra por cada unha das artes fracturouse, pois moitas das obras que seleccionei poderían estar presentes en mais dun lugar. Así “O resplandor” podería aparecer tanto na literatura ou no cine, como na música, ou incluso na arquitectura. Algo similar podería suceder con “Drácula”, “Twin Peaks” ou algunha outra obra sobre as que volveremos ó longo do artigo.

Queda claro para calquera que esta selección que fago está dicindo moito o mesmo tempo sobre min. Nese senso podémonos preguntar se un achegamento con preguntas similares a determinados pacientes non nos podería servir de “test proxectivo” ou de acercamento atípico nun marco psicoterapéutico.

Epicuro sinalaba como “baleiro é o argumento de aquel filósofo que non permite curar ningún sufrimento humano”. Parafraseando ao mesmo poderíamos tal vez sinalar que “baleira é tamén aquela obra de arte que non permite curar ningún sufrimento humano”. Falar das posibilidades terapéuticas da arte, e da relación entre as emocións e a obra de arte, superaría os límites de este artigo, pero sí se poden dar algunhas pistas que nos amosen como, xa a lo menos dende Aristóteles, o achegamento ou o cultivo das emocións pode ser unha vía de crecemento persoal. Naturalmente estou a falar dun achegamento que evite o sinxelo e o convencional, e que favoreza tamén unha elaboración cognitiva das mesmas. Dende outra perspectiva da antigüidade clásica o estoicismo procuraba a eliminación do medo a través dunha disciplina cognoscitiva, porén, resulta moi dúbido e discutible que o ideal de saúde mental se corresponda coa ausencia de emocións. En calquera caso son perspectivas que nos poderían levar a reflexións de interese sobre a posibilidade de considerar que a arte tamén puidese ter interese para todos aqueles que traballamos no campo da saúde mental. Xa noutros momentos reflexionamos sobre a utilización psicoterapéutica do cine, e son numerosas as publicacións sobre musicoterapia.

Falamos de emocións, e o medo é unha emoción. Unha emoción que por unha banda se valorou negativamente polo efecto que pode provocar como turbador da mente, pero por outra banda tamén se considerou positivamente xa que nos leva a ser precavidos e poñer os medios adecuados fronte ás posibles ameazas.

O medo é sempre temer que algo ocorra, algo que se sente como ameazador. Aristóteles na súa “Retórica” tamén sinala como característico do medo que ese mal ou dano que se teme se vexa como inminente e que o suxeito se sinta vulnerable ante o mesmo. O medo sempre acontece diante dunha incerteza. Sempre está relacionado co futuro e nunca co pasado (a diferenza doutros estados emocionais como o pesar ou a culpa). Por tanto, levará a actuar dun modo ou outro, dun modo valente ou covarde, pois o medo tamén está presente nas persoas valerosas.

“O medo é sempre temer que algo ocorra”

Ó longo da historia tanto individual como colectiva o medo sempre acompañou á historia de Occidente. E aínda que os medos van cambiando, hai unha serie de temas que sempre dun modo ou outro estiveron con nós. Temas como aqueles relacionados coa morte e o mais alá e toda unha serie de seres a medio camiño entre os dous mundos (espectros, pantasmas, vampiros, ánimas do purgatorio,...), o feito de poder ser enterrado vivo por erro, fenómenos da natureza tales como as tormentas, os eclipses, a escuridade, o lume, determinados animais como o lobo, as enfermidades, especialmente aquelas mais devastadoras como a peste, e todo aquilo que se podería relacionar cos estraños (xudeus e turcos no pasado, islamitas, extraterrestres posteriormente), a loucura, a bruxería e todo tipo de maleficios e a figura de Satán. E tamén o coñecemento, aquilo que por outra banda tamén nos pode facer mais ceibes, foi e é obxecto do medo. A liberdade pode asustar e Fromm recórdanos como este medo está na base dos sistemas totalitarios.

Cando os medios naturais fallan, para vencer a estes males ós que se teme, a relixión e o poder político sempre estiveron aí, con unha dobre vía de actuación: por unha banda propiciando inquisitorialmente a busca de chibos expiatorios, e por outra banda invitando á confesión e á introspección individual para nada exenta de carga culpabilizadora e neurotizante. E todo isto é bo telo presente en tempos de crise.

Dalgún xeito tentei que dunha forma ou outra a maioría destes medos aparecesen representados na selección realizada.

Se comezamos pola arquitectura poderíámonos deter en primeiro lugar e como obra representativa no Osario de Sedlec, unha pequena capela católica situada en dita localidade, na República Checa. En 1870, os osos duns 40.000 esqueletos desenterrados para a remodelación do cemiterio utilizáronse para a decoración e o mobiliario da capela. Así unha enorme lámpada de araña formada por osos colga do centro da nave, as bóvedas están decoradas con cráneos, e osos de todo tipo decoran as paredes da mesma.

En San Xosé (California) tamén se atopa a “Winchester Mystery House”, mansión estilo vitoriano, que estivo en construción durante 38 anos. Alí residiu Sara Winchester, viúva de William Wirt Winchester, quen a súa vez era o fillo maior de Oliver Winchester, famoso por deseñar os rifles que levan o seu nome e cos que se levou a cabo “a conquista do Oeste”. Ó morrer o seu marido e a súa filla, Sara, ó parecer, consultou a unha médium que lle dixo que había unha maldición pola que a súa casa estaba habitada polas pantasmas dos mortos por aqueles rifles, e que a única maneira de librarse deles, era ir ampliando continuamente a casa, tarefa que entolecida realizou ata a súa morte. Dese xeito a casa, na que se dicía ocorrían fenómenos paranormais, foise ampliando con longos corredores, escaleiras e portas que non conducen a ningures, fiestras interiores, etc. Hoxe é xa unha atracción turística. Non é estraño, calquera parque temático que se prece, ten tamén a súa casa do horror.



Osario de Sedlec

Osario de Sedlec

Tamén a famosa casa da película *Psicose*, hoxe pode verse nos estudos da Universal en Los Angeles. Esta non é a única construción arquitectónica que podemos relacionar co medo que nos ofrecera o cine, xa que sen esquecermos dos castelos do conde Drácula, non se nos pode escapar “O resplandor” de Stanley Kubrick, película na que nos queda claro que o hotel no que se desenvolve a acción está construído sobre un cemiterio da tribo dos navallos.

En calquera caso parece que as asociacións relacionadas co medo que nos trae a arquitectura están especialmente relacionadas coa presenza da morte e en menor grao coa loucura.

Sen embargo, ó pensar no cine de hoxe decátome de que nas primeiras películas que me veñen á mente son sempre nenos os que están nunha situación de perigo e así ocórrenseme “A noite do cazador” de Charles Laughton, “M, o vampiro de Düsseldorf” de Fritz Lang, a xa citada “O resplandor” de Stanley Kubrick, e “O cabo do terror” de J. Lee Thompson (o seu remake “O cabo do medo” de Martin Scorsese). Tamén reparo no feito de que en dúas delas o personaxe malvado está interpretado por Robert Mitchum, a quen acabo atopándolle un certo parecido con algún malvado que coñezo.

Se tivese que optar so por unha, probablemente escollería “A noite do cazador” pois aínda que pode que nas outras películas os malvados sexan mais perigosos, na película de Laughton os nenos atópanse ata case o final moito mais desamparados e o malvado é visto por todos os adultos coma un bondadoso predicador, ata o punto que chega a enganar e a casar coa nai dos nenos protagonistas, a quen naturalmente matará. Estes nenos posúen algo valioso en si, os cartos que lles deixou seu pai xa morto, que xuraron gardalo e non llo entregar a ninguén, a pesares de que ó mesmo tempo é algo ilexítimo, pois son uns cartos roubados. A culpa se transmite á seguinte xeración e os protagonistas so recuperarán a tranquilidade cando o malvado predicador sexa detido, pero tamén cando o neno, anoxado de que eses cartos leven a tanta maldade, sexa capaz de desprenderse dos mesmos.

Sen embargo, o neno de “O resplandor” ten poderes extraordinarios que o levan a poder comunicarse con persoas que lle poden axudar e tamén a saber o que pasou moito tempo atrás, e que, dalgún xeito similar, poderíanse repetir (estamos mais preto do sinistro). É tamén sinistro, seguindo a Freud, todo aquilo mecánico e automático que se combina co vivo (os escritos a máquina do pai, os trances do neno, as dúas nenas mortas...). Tamén, a pesares de todo, sempre está presente súa nai e estará en contacto con Dick (curioso nome neste contexto), o empregado tamén con poderes extrasensoriais, que denominan “o resplandor”. É de destacar que o Hotel está construído sobre un cemiterio indio, como xa comentamos antes. A película está baseada nunha novela de Stephen King, quen lle puxo o título inspirado no retrouso “We all shine on” da canción “Instant Karma” de John Lennon e a



“A noite do cazador” de Laughton

Plastic Ono Band. Outro aspecto interesante da película son os mortos que viven, dos que falaremos mais adiante, ó igual que dunha das cancións da película e de John Lennon e a Plastic Ono Band.

En “M, o vampiro de Düsseldorf” hai un aspecto moi interesante. Sen lugar a dúbidas o asasino en serie de nenos é un monstro, pero finalmente a reacción da masa cando o capturan e proceden ó seu linchamento non deixa de provocar mais medo.

A diferenza das películas anteriores con “O cabo do medo” ou “O cabo do terror” está en que nestas últimas, a filla está so en perigo como parte do que mais quere seu pai e non por ela mesma.

En “Psicose” de Alfred Hitchcock é en cambio un fillo quen despois de ter envelenado a súa nai e ó amante dela, rouba o cadáver desta e o conserva, mentres el se viste coma se fose ela, mantén conversas tomando o papel dela e o seu propio, e cometerá outros crimes.

Resulta curioso que noutra das artes mais visuais, a pintura, a primeira asociación que me ven á mente en relación co medo (e non so a min) é o “Saturno devorando a seus fillos” de Goya, e aquí o axente que aterroriza é o pai (como xa sucedía en “O resplandor”, aínda que nesta era un pai non sabemos se entolecido ou posuído). A imaxe do dano ós fillos e mais o asasinato dos mesmos polo seu pai é algo que aparece con frecuencia como o síntoma mais claro da tolería na traxedia grega, tolería que pode ser transitoria como a de Hércules.

A noite tamén pode provocar medo e as pantasma que poboan o mundo onírico tan próximos á tolería tamén, polo que nos podemos parar con un curioso e recomendable pintor suízo Henry Fuseli (por certo citado por Poe en “A caída da casa Husher”), respectado en vida, despois esquecido durante moito tempo e posteriormente reivindicado polos surrealistas. En concreto, “O pesadelo” (1781) parécese un cadro moi representativo.

En 1496 Nicolas Le Rouge imprime o libro “Le Grand Kalendrier et compost des Bergiers” cheo de interesantes gravados que representan os castigos que sofren no inferno os pecadores. Sen lugar a dúbidas é so un exemplo de como se pode utilizar o medo para someter dende o poder, neste caso relixioso, ás masas.

O outro, o estraño, pode provocar medo e os resultados do mesmo poden ser terribles. Voume apoiar no cine para escoller a danza que relaciono co medo e así penso na película “Vénus Noire” de Abdellatif Kechiche, baseada na vida real de Saartije Baartman, unha muller africana que no século XIX foi exhibida coma un animal en lugares coma Londres ou París. Medo poden provocar as danzas “primitivas”, pero mais medo provoca a complacencia das persoas “civilizadas” ante espectáculos como os que describe a película. Cara o final da primeira parte e arredor do minuto 5 da segunda parte pódense ver algunhas escenas en consonancia co que digo.



“O pesadelo” de Henry Fuseli, 1781

Venus Noire (parte 1)

Venus Noire (parte 2)

Neste caso, ese outro, é de raza negra e ademais é unha muller. Non esquezamos todos os procesos de caza de bruxas, aínda que como é evidente unha análise dos mesmos superaría os límites deste artigo.

Tamén na serie Twin Peaks, na que o medo, o misterio e o sinistro se combinan maxistralmente con un sentido do humor moi característico, e na que aparecen dous mundos convivindo nesa atmosfera tan especial hai un momento no que unha das protagonistas, Audrey, está na barra da cafetería falando con unha amiga, previamente puxo un disco no jukebox, e de súpeto e de un modo misteriosoponse a bailar como ausente, dun xeito que nos suxire que algo estraño e seguramente perigoso pode suceder.

Mortos viventes aparecen nunha danza terrorífica de Laurel High Dance chamada “Scary”.

Scary

As danzas do Candomblé nas que se producen estados alterados de conciencia, que se entenden como posesións, que nalgúns casos ata poden levar a comportamentos violentos e destrutivos tamén se poderían considerar neste apartado.

No campo da literatura hai varios contos nos que o medo e o que Freud tratou coma o sinistro están presentes. Seguramente o efecto sinistro destaque mais no conto de E.T.A Hoffmann “O home de area” mentres que o medo destaca no de Guy de Maupassant titulado “O Horla”. Conta Oliver Sacks no seu libro “Alucinacións” como na época na que Maupassant escribiu este conto, a miúdo vía un dobre de si mesmo, unha imaxe autoscópica. Padecía neurosífilis e o ir avanzando a enfermidade empezou a ser incapaz de recoñecerse no espello e de feito saudaba á súa imaxe ou lle facía unha reverencia ou intentaba estreitalle a man. E “O Horla” cóntanos marabillosamente a invasión do protagonista por un inimigo invisible, fronte ó que cada vez hai menos escapatoria. Inimigos invisibles, pero tamén o protagonista nun momento deixa de verse no espello, algo que tamén lle sucede a Drácula, vampiro que tamén nos pode acompañar neste paseo polo medo nas artes e tanto pola novela de Bram Stoker coma nas múltiples versións cinematográficas inspiradas na mesma como o “Vampyr” de Dreyer, os “Nosferatu” de Murnau ou o posterior de Herzog, e o “Drácula” de Francis Ford Coppola.

Ten razón Alberto Ruiz de Samaniego cando sinala, como antecedente de todos estes personaxes invisibles ou de aqueles que non se ven reflectidos nos espellos, a historia do anel de Giges. Platón narra a historia de Giges, un pastor que atopa un anel que ten o poder de facer invisible a quen o leva se lle dá media volta. Isto lévao a matar ó rei e quedarse con todo o que era seu. O que se discute é se as persoas só respectan as leis e son honradas porque temen ó castigo se son descubertas, ou se se comportarían de modo correcto se non estiveran vixiadas. Esta idea probablemente a puidésemos completar pensando na posibilidade de que o medo que estes personaxes e as súas

historias nos provocan, poida estar relacionado co medo a ese mal que descubrimos no noso interior, a culpa persecutoria que nos provoca, e tamén a súa proxección nos demais.

“O enterro prematuro” e sobre todo “A caída da casa Usher” entre outras narracións de Edgar Allan Poe, tratan o tema do medo ó enterramento en vida, apoiándose na catalepsia. Cortázar pensaba que a obsesión de Poe polo tema do enterro en vida podería estar relacionada co consumo de opio, así como cos trastornos cardíacos e coa sensación de afogo que con frecuencia lle provocaban.

Se ben na maioría dos contos de Leopoldo María Panero está presente o exceso, con escenas de canibalismo, rituais perversos, etc., poderíamos destacar o o titulado “Presentimento da tolería” polo sadismo e a alternancia nos roles de vítima e vitimario entre un pai adoptivo e o seu fillo. A historia vai facéndonos temer que algo terrible vai acontecer xa dende o principio e en relación á loucura. Un pai adoptivo alcoholizado que despreza ó seu fillo adoptivo, uns comportamentos extraños, supostamente do fillo, como poñer arañeiras entre os libros do pai ou moscas mortas no seu escritorio ou no whisky, ata chegar ao agasallo que causará a morte, presumiblemente provocada polo neno, da súa nai adoptiva e a reacción sádica do pai.

O coñecemento prohibido é un tema que aparece en mitos como Prometeo, Psique, Pandora ou como Adán e Eva. O coñecemento prohibido ás veces está ligado á vista. Perseo so vence a Medusa véndoa non directamente senón vendo o seu reflexo no escudo. En ocasións será a tensión entre a curiosidade e o temor ao que poida aparecer o que nos vai provocar medo. Na película “O resplandor” hai unha habitación á que está prohibido entrar, aínda que non é o tema principal da historia. En cambio si o é na historia de Barba Azul, de Perrault, baseada na vida de Gilles de Rais, asasino de nenos, que tamén loitou na Guerra dos Cen Anos ó cabo de Xoana de Arco, e cuxa historia foi analizada maxistralmente por Georges Bataille. No conto de Perrault, a esposa de Barba Azul, movida pola curiosidade, descubrirá que na habitación na que o seu home lle prohibiu entrar están os cadáveres das súas anteriores esposas. A habitación prohibida é tamén un tema recorrente no cine, con exemplos como “Sospeita” de Alfred Hitchcock ou “Segredo tras da porta” de Fritz Lang.

Coa música unha primeira asociación ven coa única serie que realmente me fascinou na etapa adulta da miña vida, “Twin Peaks”, serie na que hai certos momentos de terror, pero ó mesmo tempo ten tal dose de humor que non podería dicir que sexa unha serie de medo nin que os magníficos temas da súa banda sonora provoquen en xeral temor, coa salvedade dun tema que cara ó final da serie interpreta o recentemente falecido Jimmy Scott, titulado “Sycamor trees”, anque é un medo que asocio mais coa desolación que provoca a vitoria do mal.

Creo que en cambio opto por escoller a banda sonora orixinal da película “O resplandor”, e en particular resúltame curioso como a deliciosa canción “Midnight, The Stars and You” de Al Bowlly with

The Ray Noble Orchestra, que tranquilamente podería estar na BSO de calquera film de Woody Allen, dentro do contexto da película de Kubrick tome un ton tan sumamente inquietante.

“In the Hall of the Mountain King” (Peer Gynt) de E. Grieg é a canción que asubía o asasino de nenos en “M, o vampiro de Düsseldorf”, e calquera que lembre dita melodía despois de ver a película asociará seguramente esta melodía co medo.

Se viaxo no tempo cara a miña infancia, non podo esquecerme da estraña sensación, creo que de medo, que me provocaba a canción “Don’t Worry Kyoko”, de Yoko, cara B de Cold Turkey de John Lennon. Seguramente influían as dúas caveiras da portada, as disonancias tan marcadas en comparación coa música moito menos disonante dos Beatles como conxunto, e aqueles berros continuos. Yoko casou en 1963 con Anthony Cox e dous anos despois nacería Kyoko. Durante un tempo, a nena quedou a cargo de seu pai mentres Yoko presentaba e vendía as súas obras de arte. Despois de divorciarse en 1969 tiveron unha disputa legal pola custodia da nena, que gañou Yoko. En 1971 Cox desapareceu coa nena, e introduciuna nunha secta cristiá “Renacer”, pois consideraba que Yoko era unha mala influencia para a nena. Yoko e a súa filla non se reencontrarían ata 1994. Non deixa de ser curioso un guiño de Jim Jarmusch na súa última película “So os amantes sobreviven” con unha escena que recorda unha famosa foto realizada por Ana Leibovitz a John Lennon e a Yoko Ono abrazados, anque agora son Tom Hiddlestone e Tilda Swinton no seu papel de vampiros.

Na Idade Media considerábase tan disonante o intervalo de tres tons (trítano) entre dúas notas, que se pensaba que era o modo en que o demo podía penetrar na música, polo que estaba prohibido e a súa utilización era castigada ó verse como unha invocación ó demo. Moi posteriormente acordes con un trítano utilizáronse como acordes de paso, e tanto en melodías como en acordes de jazz e blues son habituais. Non cremos que isto teña relación coa historia de Robert Johnson do que conta a lenda que chegou a un pacto co demo nun cruce de camiños para ser capaz de tocar o blues coa súa guitarra tal e como o facía. O intervalo do trítano ten como peculiaridade que a súa inversión da lugar tamén a outro trítano; así un trítano sería o intervalo entre Do e Fa sostido ascendendo, pero tamén entre Fa sostido e Do ascendendo. Pódese escoitar en melodías como “María” na banda sonora de “West side story” coincidindo co momento en que di o nome de María, e non parece que asuste moito, se ben a terceira sílaba coincide con que o trítano sube medio ton mais e resolve no que sería unha quinta dende a primeira nota á terceira, provocando unha sensación mais de repouso.

Diabólica é tamén e nos metemos xa para rematar na escultura, “O Anxo Caído” (1877) de Ricardo Bellver, situada na actualidade no Parque do Bo Retiro de Madrid, canto a que é unha das poucas



“El Ángel Caído” de Ricardo Bellver, 1845-1924.

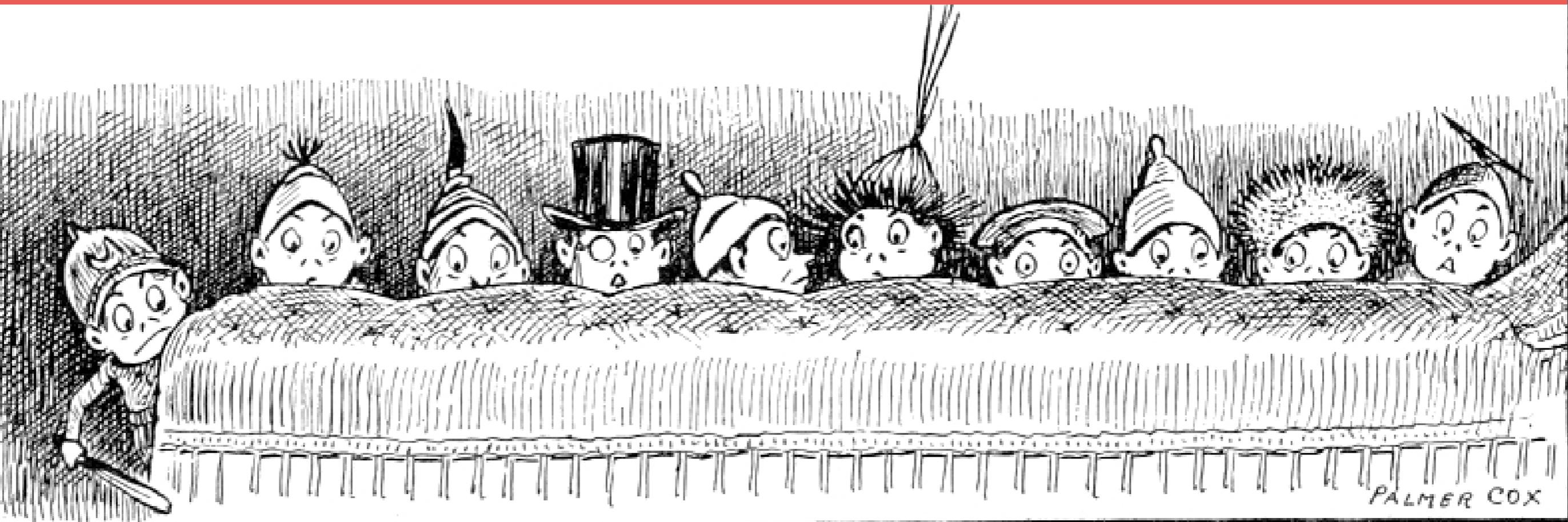
representacións escultóricas do demo. Por certo, non deixa de ser curioso o seu rostro e a súa posición de medo e defensa ante o raio que o derriba.

Tamén se podería pensar en “The awakening” (O despertar), unha escultura creada por J. Seward Johnson Jr. en 1980 e que sería trasladada en 2008 ó porto nacional de Washinton D.C. Gran parte da mesma está enterrada, impresionando como que o xigante que representa está sepultado. Impresiona especialmente un brazo coa man en garra de uns 17 metros de altura. De novo os temas de ser enterrados vivos.

Tal vez sempre foi así, pero vendo a arquitectura do medo reducida ós parques temáticos, o cine que se ve reducido a efectos especiais, toda unha casta de banqueiros e dirixentes ós que xa non lles fai falla o anel de Giges para comportarse coma el, toda unha poboación enterrada viva, e tantas cousas mais. ¿Que nos queda?. Póño-me a ver ese poema existencialista en película do que falei un pouco mais arriba, “So os amantes sobreviven” de Jim Jarmusch, que conta a historia de un músico vampiro que so disfruta coa súa música, os seus instrumentos e coa compañia da súa parella, farto xa dese mundo dos que chaman “zombis”, pero ben xa avisei que o seleccionar obras de arte que a un lle suxiren unha emoción determinada está a falar de un mesmo. O noso protagonista e a súa compañeira ó final da historia vense privados do subministro de sangue que tiñan e non lles queda mais remedio que morder a unha parella que ven abrazándose na noite, iso si, ficarán convertidos igualmente en vampiros. Isto é unha advertencia por se alguén se quere achegar..., ten os seus riscos e as súas vantaxes.



“The awakening” de J. Seward Johnson, 1980



FERRAMENTAS

"The Brownies at home" de Palmer Cox, 1893

FERRAMENTAS

A TÉCNICA DE EXPOSICIÓN NA TERAPIA DAS FOBIAS: VENTA, COMPRA E SERVIZO DE RECLAMACIÓNS

Carlos Álvarez
COMPLEXO HOSPITALARIO
DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumo: Neste traballo exploramos as técnicas de exposición como as ferramentas terapéuticas máis útiles e que mostraron unha maior eficacia no tratamento das fobias. Analizamos algunhas das variables relacionadas coa relación terapéutica, co re-encadre e con como afrontar a ansiedade que poden maximizar o seu efecto e reducir a taxa de abandonos. Finalmente, abordamos algúns dos problemas relacionados coas recaídas e liñas futuras de investigación.

Palabras chave: fobia, técnicas de exposición, ansiedade, desvío atencional, eficacia

Abstract: In this paper we explore the exposure therapy as one of the most useful and effectiveness treatment technique to cope with phobia. We analyze some variables related to therapeutic alliance, with the reframing, and anxiety management that could enhance the therapeutic effect and reduce dropout rate. Finally, we describe some of the problems dealing with relapses and future lines of research.

Keywords: phobia, exposure techniques, anxiety, attentional diversion, effectiveness

1 Introducción

Cando alguén me pregunta acerca das fobias / medos, como son, como se forman, como se abordan..., conto sempre a historia dunha muller que un día se sentiu mal na cola dun banco. O banco estaba cheo de xente e o tempo de espera alongábase. Ao cabo dun anaco comezou a sentir tensión, o pulso acelerouse, custáballe respirar, sentiu palpitacións e notou como suaba, ademais de pensamentos de incerteza e preocupación polo que estaba a pasar. Estaba a vivir unha experiencia nova, que nunca coñecera e non sabía o que significaba. Os intentos que facía para tranquilizarse só facían que se sentise peor, ata que finalmente moi nerviosa marchou do banco antes de que fose atendida e foise á súa casa.

Esa persoa, cando xa se recuperou, puido “optar” por pensar que fora un mal día, que sufrira os efectos da calor (era

un día caloroso) ou que simplemente ese día debeu erguerse mal. Sen embargo “optou” (inconscientemente) por pensar e darlle voltas ao acontecido, “e se mañá me volve acontecer?”, “e se me desmaio?”, “a verdade é que a mín nunca me gustaron os sitios con xente”..., e ao día seguinte mandou ao seu marido a facer a xestión do banco, e a non volver ela a aquela oficina que tan malos recordos a traía. Pouco despois comezou, tamén, a evitar outros sitios similares, tendas, cafetarías, as colas dos supermercados, e mesmo rúas con moita xente, xa que “estaba convencida” de que neses sitios había moito perigo de que lle acontecese o mesmo. E así ata que ao cabo de, máis ou menos, un ano apenas saía de casa, ou facíao sempre acompañada ou por lugares moi determinados.

Sempre pensei a facilidade e rapidez de como se xeran as fobias, como un “simple pensamento” ou “cadeas de pensamentos” poden normalizar unha experiencia desagradable ou, todo o contrario, crear e construír un problema. E como ese problema ao longo dun tempo se estende, alóngase ata implicar aspectos significativos da nosa vida e hipotecala, ás veces para sempre.

Cando un paciente acode a terapia, normalmente faino tras anos de vivir cunha fobia, anos nos que “adaptou a súa vida ao medo” e anos nos que tivo tempo de construír unha serie de crenzas con respecto aos seus medos, e á súa capacidade (incapacidade) para afrontalo, os seus “non podo”, “non son capaz”,... Todo isto tráenolo a terapia, déixanolo enriba da mesa e pídenos que quere ser “o de antes”.

Creo que calquera terapeuta, con independencia do seu modelo teórico, nun momento determinado da terapia lle vai pedir a ese paciente que se “expoña”, dá igual que se centre na orixe do trauma, que traballe aspectos das relacións interpersoais e familiares, ou que busque unicamente os reforzadores que manteñen o problema; o caso é que a exposición á situación ansióxena forma parte de calquera abordaxe terapéutica aos medos e se converteu na ferramenta de primeira elección para o seu tratamento. Neste traballo non pretendemos explicar esta técnica, senón facer, simplemente unha reflexión entornando a ela, sobre todo incidindo en aspectos, pouco destacados nos manuais, que poden maximizar a súa eficacia. E facémolo (parafraseando a Steve De Shazer), como un produto que se quere comprar, que se vende, pero sobre o que tamén se pode facer reclamacións.

2 A venta

Medos, fobias, pánico, con e sen agorafobia, agorafobia sen pánico, fobias específicas, fobia social e demais trastornos de ansiedade son actualmente, no seu conxunto, as demandas máis frecuentes de psicoterapia, estímase que supoñen entre o 60-70% do total das consultas en psicoloxía.

Os datos de prevalencia varían entre países, tipos de trastornos e sexo. En poboación adulta a súa prevalencia é de entre o 3 e o 13% en poboación xeral (Kessler e Ustun, 2008), en poboación infantil e adolescente a estimación é entre o 5 e o 10% (Anderson, Williams, McGee e Silva, 1987). Os trastornos máis prevalentes son as fobias específicas e fobias sociais seguidas do trastorno de ansiedade xeneralizada. Obsérvase ademais unha maior prevalencia en mulleres que en varóns.

Non é obxectivo deste traballo afondar nos modelos teóricos de orixe e adquisición dos medos, pero creo que tanto os modelos de aprendizaxe, coma os mediacionais e cognitivos comparten os seguintes supostos enunciados por Seligman:

- **Selectividade:** As fobias non son arbitrarias senón que están limitadas a un determinado rango de estímulos, que se relacionan con perigos especiais que foron importantes durante a evolución da especie.
- **Doada adquisición:** As fobias poden adquirirse cun só ensaio e sen necesidade de estímulos traumáticos.
- **Resistencia á extinción:** As fobias non adoitan extinguirse, aínda cando o suxeito se encontre ante unha situación teórica de extinción de condicionamento pavloviano.
- **Irrracionalidade:** Desproporción entre o perigo real do estímulo e as súas respostas de ansiedade.

É complicado incluír toda a diversidade de trastornos de ansiedade dentro dun mesmo apartado, diferenzas en canto á súa expresión clínica, formas de aparición, curso, etc, fai tamén que a abordaxe terapéutica deba considerar as peculiaridades de cada un. Non obstante, a pesar das súas diferenzas todos eles comparten polo menos tres elementos comúns: presenza de sintomatoloxía ansiosa, a presenza dunha ou unhas situacións ansióxicas e presenza de condutas de evitación a estas situacións. Estas tres características fan, á súa vez, que a abordaxe básica de tratamento sexa moi similar, incluíndo un elemento definitorio: a exposición ao estímulo temido.

Tratamentos eficaces: No que se refire aos tratamentos para estes trastornos, como xa suxerimos, a opción deixa poucas dúbidas, tanto nos traballos de revisión de estudos, estudos de metanálisis, guías clínicas, etc., vemos como a intervención que mostrou maior eficacia é a técnica de exposición (Antony e Barlow, 2002), Choy, Fyer e Lipsitz (2007), entre outros.

Wolitzky-Taylor et al. (2008) levaron a cabo un estudo de meta-análise no que incluíron: trata-



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

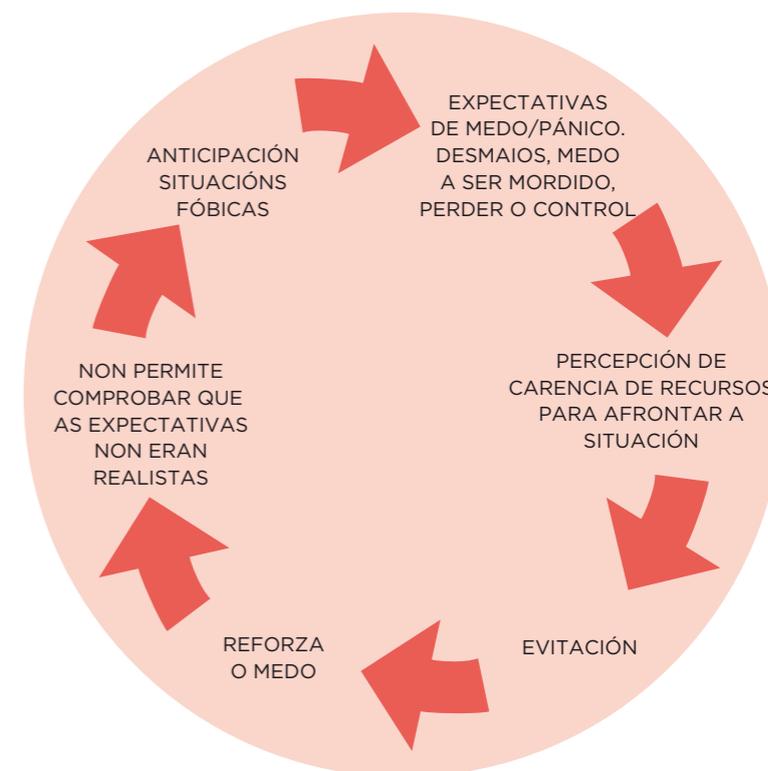
mentos con exposición, placebo, e outras formas de psicoterapia que non incluían exposición. Os tratamentos foron clasificados como tratamentos con exposición se incluían confrontación directa ou indirecta cos estímulos temidos; é dicir, exposición en vivo, en imaxinación, desensibilización sistemática, EMDR, ou exposición mediante realidade virtual. Por outro lado, os tratamentos con non exposición foron definidos como tratamentos activos (non o placebo) nos que non se incluía a confrontación co estímulo fóbico e incluían relaxación e terapia cognitiva.

En total revisáronse 33 estudos cunha mostra de 1.193 suxeitos. Os resultados mostraron como os tratamentos que incluían exposición posuían unha eficacia significativamente superior para as fobias que os outros tratamentos; placebo e tratamento sen exposición ($d=0.48$).

A eficacia das técnicas de exposición directas (en vivo) versus as non indirectas (imaxinación, realidade virtual...) é tamén maior, aínda que estas últimas poden ser moi útiles como un primeiro paso e sobre todo no primeiro afrontamento á ansiedade. Parsons e Rizzo (2008) realizaron, tamén, un meta-análise con estudos nos que se medía a ansiedade antes e despois de utilizar técnicas de exposición mediante Realidade Virtual. Observaron nun total de 21 estudos como esta técnica reducía a ansiedade no global das fobias específicas ($d=0.95$)

A xeito de resumo, o que se extrae dos traballos é que a devandita técnica é de eficacia probada para as fobias específicas, agorafobia, fobia social, trastorno de estrés post traumático e trastorno obsesivo compulsivo (Pérez, et al. 2005). Mesmo podemos afirmar que dentro de calquera outro trastorno cando o obxectivo terapéutico é afrontar unha situación que “produce malestar” a opción vai ser normalmente a exposición.

Como todos sabemos, a técnica de exposición está baseada no suposto de que o medo se mantén na medida que o suxeito é capaz de evitar a situación ansióxena. Así, o comportamento evitativo reforza o “non afrontamento” e impide que o paciente comprobe que nada do que teme vai acontecer. Dende as aproximacións estratéxicas e o modelo sistémico, Nardone (2002) entende esta conduta evitativa como unha solución intentada que agrava o problema e engade outra solución “disfuncional”: a petición de axuda a persoas queridas (que en realidade non é máis que outra forma de comportamento evitativo). E continúa *“a evitación inicial conduce a unha cadea de evitacións, ata que se chega a evitar calquera exposición persoal. A petición de axuda ou apoio social conduce, grazas tamén ás retroaccións relacionais das persoas que se propoñen como protectoras, á indispensabilidade da axuda e apoio do outro en calquera situación de exploración e afastamento. Cando este sistema se repetiu durante moito tempo, convértese nunha organización psíquica e comportamental espontánea que se mantén e se autoalimenta”* (páx. 75)



Como se pode ver non hai moita diferenza entre os modelos condutuais e sistémicos con respecto á conceptualización e papel dos comportamentos de evitación. No seguinte cadro podemos ver como é a secuencia e proceso do mantemento dos medos.

Pola contra, expoñerse á situación temida reduce as condutas de evitación, o medo, as cognicións ameazantes e a valencia afectiva negativa do estímulo fóbico (Bados, A.). O suxeito concédese a si mesmo a oportunidade de comprobar que non acontece o temido e dunha forma progresiva o medo vai desaparecendo. E esta é a base sobre a que se sustenta as técnicas de exposición e os seus compoñentes:

- Xustificación do tratamento
- Información sobre a natureza da ansiedade
- Graduación da exposición
- Xerarquía de exposición

Echeburúa, De Corral, e Ortiz (2009) ofrecen unha serie de recomendacións a ter en conta no tratamento con exposición e que, son á súa vez unha guía deste:

Ben, este é o “produto”/técnica que temos que vender, agora quedáanos conseguir que os pacientes nolo compren.

3 A compra

Como xa comentamos, non hai ningunha dúbida en que ante un obxectivo que implique enfrontarse a “algo temido”, a primeira elección terapéutica que imos facer é utilizar esta técnica. Técnica que, por outro lado, parece moi doada, cómoda, ben estruturada e que non require, a priori, de moita pericia e experiencia para poder aplicala. Non obstante, como todos sabemos, o “mapa non é o territorio”.

Cando abandonamos os manuais e os seminarios de formación e nos enfrontamos a axudar a un paciente a que deixe

Guía de axuda á exposición (Echeburúa et al. 2009)

As regras de oro da exposición son:

- a) Canto maior é o medo a algo, máis frecuentemente debe un exponerse a elo.
- b) A clave do éxito é a exposición regular e prolongada a tarefas planeadas con anterioridade e cun grao de dificultade crecente.

Para planificar o tipo de exposición:

- a) Facer unha lista coas situacións que evita ou que lle producen ansiedade. Obxetivos claros e precisos.
- b) Ordenalas segundo o grao de dificultade.
- c) Repetir a práctica desta situación tódalas veces necesarias ata que poida manexala sen dificultade.
- d) Pasar á seguinte situación da lista.
- e) Reforzar os éxitos.

A exposición pódese potenciar:

- a) Planificar as actividades de exposición sen prisas, con tempo para facelas, reducindo os posibles contratempos.
- b) Levar a cabo exercicios de respiración.
- c) Pódese abandonar a exposición por un tempo breve si un se topa mal e volver unha vez se sinte mellor.

A graduación das tarefas de exposición pódese realizar según:

- a) A dificultade da tarefa.
- b) Compañía do co-terapeuta.
- c) Duración.
- d) Número de persoas presentes.

de ter medo, encontrámonos cun “territorio” no que con moita frecuencia as cousas non son como nos dixeran ou como aparecen nese “mapa da exposición”.

Características do paciente, do noso propio contexto de traballo, dificultade na frecuencia das sesións ou pouca duración destas, falta de motivación, ansiedade a acudir ás propias sesións ou, mesmo, a ansiedade de resolver canto antes o seu problema, cambio de obxectivos terapéuticos, dificultades da vida que van aparecendo e que interfieren no proceso do tratamento, papel doutras persoas no propio mantemento dos medos, os propios marcos explicativos do paciente ou, tamén, o seu propio marco de como se debe resolver o problema. Normalmente un marco no que non se concibe que para afrontar o medo hai un custo e unha dor. Exemplificado como “cando deixe de ter medo subirei a un avión” son algunhas das “cambadelas” que nos poñen e nos poñemos para aplicar o tratamento.

Xa hai moitos anos que sabemos, tamén dende os modelos cognitivos-conductuales, que a eficacia dun tratamento non radica na técnica en si mesma, que existen variables extra terapéuticas e da relación terapéutica, claves na eficacia e que a técnica e o modelo só apunta un 15% na varianza (Lambert, 1992)

Aquela “vella idea” de que as técnicas, ao igual que a medicación contiñan un principio activo/curativo decisivo para o tratamento é desbotada e introdúcese outros factores para explicar porqué un tratamento é eficaz. Sobre todo son factores que hai que maximizar para conseguir que un paciente “compre” unha técnica e vaia cumprindo as prescricións requiridas.

Todos estes factores implican unha serie de consideracións que temos que ter en conta á hora de levar a cabo unha intervención terapéutica de exposición.

O Marco/re-encadre: Explicar a un paciente que para solucionar o seu problema debe enfrontarse ao que lle produce dor e que, polo tanto, para estar ben antes debe pasalo mal, non é tarefa doada. O habitual é que os pacientes acudan a terapia pensando nunha solución “máxica” que os faga perder o medo. Non entra nos seus plans a idea de expoñerse á situación temida (aínda que saiban que esa é a forma), e como xa comentamos anteriormente cren que para iso antes hai que perder o medo. “Cando non teña medo entón enfrontareime a... “.

En realidade o obxectivo de calquera re-encadre non é outro que conseguir que o paciente “compre” a nosa terapia. O terapeuta debe ir construíndo un marco no que o paciente comprenda como a evitación mantén o problema, que para perder o medo antes debe expoñerse e comprobar que non acontece o el cre que vai acontecer. Todo iso dentro dunha relación terapéutica na que o paciente perciba o terapeuta como “seguro”.

Unha das maiores dificultades é a anticipación do malestar/ansiedade e a crenza de “non son capaz”. Asegurar ao paciente que todo iso se vai facer dun xeito progresivo, que el vai ser quen vaia marcando o ritmo dos pasos a dar e ofrecerlle pautas/estratexias/técnicas para reducir a súa ansiedade a medida que se vai expoñendo ao obxecto temido é algo clave.

Estes tres aspectos son de vital importancia cando traballamos con pacientes con fobias dende hai moito tempo, moi incapacitantes e con ansiedade elevada. A idea de que o paciente vai ir levando o ritmo da súa progresión adoita ser unha estratexia que tranquiliza o paciente, dálle sensación de “control” sobre o ritmo do tratamento e crea unha relación terapéutica de seguridade e confianza.

Non é infrecuente que un paciente abandone a terapia de exposición ao xerar “medo” á propia terapia; isto pode acontecer, mesmo, utilizando técnicas de confrontación indirecta. Recordo un caso dun paciente con fobia a todo o ligado coa morte (cemiterios, cipreses, coroas de flores, ataúdes...) e a pesar de que iniciamos a exposición con técnicas indirectas (imaxinación e fotografías) abandonou o tratamento “ao non poder soportalo”. Polo tanto, reasegurar ao paciente que el vai ir decidindo cada paso é unha estratexia moi útil dentro desta primeira fase da intervención.

Outro compoñente importante do re-encadre é a propia conceptualización do medo e o significado que lle dá o paciente. Neste sentido cremos que é importante contextualizar o medo como algo ao que todos temos “dereito”, forma parte da nosa vida, mesmo é útil nalgunhas circunstancias (medos adaptativos) que o medo é libre, non se escolle pero tense, e que o auténtico problema do medo é que decida a nosa vida e hipoteque as nosas decisións.

Explicamos aos pacientes que non todo na nosa vida o decidimos ou está baixo o noso control, emocións, sentimentos pensamentos automáticos non se controlan de xeito directo e insistimos en que o medo como sensación-emoción forma parte do que non decidimos.

Este tipo de intervencións/mensaxes axudan a que o paciente se sinta menos culpable por ter medo e polos cambios que o medo lle obrigou a facer na súa vida, “normaliza” o que lle acontece e insiste na idea de que para deixar de ter medo non hai que intentar non ter medo (iso non depende da nosa decisión) senón enfrontarse con medo ao que nos dá medo (iso depende da nosa decisión).

Temos que axudar ao paciente a que se de conta de que cousas as decide el e cuales o medo: “se non tiveses medo que farías?”, en realidade, as respostas a esta pregunta son os obxectivos terapéuticos.

Con respecto aos obxectivos terapéuticos, tamén forma parte deste momento terapéutico que o paciente entenda que o obxectivo da terapia non é, por exemplo, que lle gusten os cans (nun caso de fobia aos cans) senón de que non se cruce de beirarrúa cando vexa un can, que poida ir á casa



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

da súa amiga aínda que teña un can, ou que se oe ladrar non experimente unha reacción intensa de malestar. Insistimos nisto porque non é pouco frecuente que os pacientes cando acoden buscando axuda crean que o que deben conseguir é que lles guste o temido.

No exemplo que comentabamos anteriormente en relación coa fobia aos cans, a paciente “cría” que a debían gustar os cans xa que era un animal que formaba parte da cultura da súa familia. “Liberar” esa paciente da “obrigatoriedade” de que lle gustasen os cans e de que tivese que ter un can facilitou o comezo da terapia e axudou (aínda que non fose o noso obxectivo) a que ao final lle apetecese ter un can.

O papel da ansiedade: Continuando cos elementos do re-encadre, da venda da terapia de exposición, un elemento clave é o manexo-afrontamento da ansiedade.

É de sobra coñecido que se necesita que o suxeito experimente certa ansiedade no momento de exposición. Existen diverxencias con respecto a se ese nivel de ansiedade durante a exposición debe ser baixo ou máis elevado, aínda que polos estudos de investigación, non parece que isto afecte á eficacia da técnica aínda que si que está relacionado coas taxas de abandono (Bados, 2012). Non obstante, si que se encontrou que niveis máis baixos de ansiedade durante a exposición están asociados a un mellor funcionamento e menor gravidade no post-tratamento e no seguimento aos tres meses Michelson et al. (1986) e Murphy et al. (1998)

Sabemos que en contextos clínicos os pacientes non se escollen, non os seleccionamos e que con moita frecuencia os suxeitos que acoden con problemas fóbicos adoitan presentar síntomas de ansiedade moi intensos. Son persoas que xa intentaron resolver o seu problema, a miúdo con solucións que se convierten en máis problema, con bastante desespero e angustia e cunhas crenzas de que o seu problema non ten solución. “O medo ao medo” forma parte de toda esta armazón. Nos seus intentos de solución experimentaron tanto malestar, tanta ansiedade que o mero feito de pensar que van volver sufrir eses síntomas lles retén ou lles impide dar os primeiros pasos.

Polo tanto, é conveniente ofrecer ao paciente estratexias que lle poidan axudar a enfrontarse á exposición cun nivel máis baixo de ansiedade ou cuns “recursos tranquilizadores” que eles poidan ter e utilizar se ou necesitan.

Tradicionalmente, dende o modelo cognitivo-condutual usáronse técnicas de relaxación ou de respiración como forma de reducir o nivel de activación. É obvio que se ensinamos a un paciente a relaxarse, e somos capaces de que o faga nos momentos de expoñerse á situación temida, vaille facilitar a devandita exposición. Non obstante, é un método caro e que non sempre é factible dentro da práctica clínica. O adestramento en relaxación implica un número de sesións, de tempo e de

profesionais para facelo, algo do que non sempre dispoñemos., sen entrar nas dúbidas que existen acerca da súa eficacia. Por outro lado, os datos de que a relaxación potencia a exposición son contraditorios (Antony e Barlow, 2002)

Si que se recomenda que o paciente poida utilizar estratexias de afrontamento que lle axuden a manter un nivel de ansiedade que non lle impida expoñerse ás situacións temidas. Destacamos dúas delas: as técnicas de desvío atencional e a posibilidade, “permiso” de saída/escape puntual da situación temida.

a) **As técnicas de desvío atencional**, denominadas, tamén, condutas defensivas (dá a impresión que con connotacións pexorativas), parece que atentaban contra un dos principios das técnicas de exposición, segundo o cal os pacientes melloran máis canto máis se implican, atenden e procesan todos os sinais de medo. Polo tanto a desatención ou o desvío atencional non sería recomendable e reduciría a eficacia da técnica. Os resultados son contraditorios, algúns encontraron que o uso de técnicas distractoras favorece o retorno do medo (Kamphuis e Telch, 2000), e outros, nos que o uso destas técnicas favorecía a redución do medo, maior autoeficacia e control percibido e mellor execución dun maior número de pasos nos test condutuais (Johnstone e Page, 2004; Oliver e Page, 2008).

Emilio Gutiérrez apunta que todas as psicoterapias teñen un denominador común, *“dirixir, reclamar, focalizar, chamar, centrar...”*; *“é dicir, desviar a atención fóra das coordenadas espazo-tempo-emocionais-interpersoais da conciencia do problema... si a atención divídese, a execución (conciencia do problema) reséntese”* Emilio Gutiérrez (2004, 2013).

Este mesmo autor, como director da unidade de atención psicolóxica “Venres Clínico” da Facultade de Psicoloxía da Universidade de Santiago de Compostela, foi desenvolvendo durante os últimos 20 anos un conxunto de estratexias de desvío atencional que mostraron eficacia en canto á redución da ansiedade necesaria para permitir que o paciente se vaia enfrontando aos seus medos. A técnica da “S”, “a pedra no zapato”, “o alimento da vontade”, “parte sa-parte enferma”, son unhas tarefas e aproximacións terapéuticas que se están a converter en clásicas na devandita redución da ansiedade.

Independentemente deste traballo clínico, existen xa liñas de investigación en estratexias terapéuticas que buscan adestrar ós pacientes en formas de desvío atencional para reducir a ansiedade. Por exemplo, Nadir et al. (2009) levaron a cabo un programa de adestramento en modificación atencional mediante ordenador nun grupo de suxeitos con fobia social. Os resultados mostraron unha redución significativa da súa sintomatoloxía a niveis non clínicos, melloría que se mantivo no seguimento.

Bados (2012) suxire que os efectos da distracción poden depender de variables como maior ou menor consistencia no seu emprego, fase do tratamento en que se aplica (ao principio pode ser útil co fin de manexar unha ansiedade moi intensa), foco da distracción (non atender aos estímulos

externos, ás sensacións físicas ou ás cognicións negativas), intensidade da distracción (unha atención moderada aos síntomas somáticos e pensamentos negativos pode facilitar o afrontamento e control destes, pero unha atención excesiva pode perturbar este control), intensidade do medo (canto maior é este, máis útil pode ser a distracción), recursos atencionais requiridos (se a tarefa distractora esixe moitos, redúcese o procesamento emocional) e estilo de afrontamento.

Parece pois, que proporcionar ao paciente estratexias de desvío atencional como unha forma de reducir o seu nivel de ansiedade, aumenta as probabilidades de que o paciente se expoña, reduce os abandonos, e mellora a propia exposición.

b) **Posibilidade de escape puntual/a distancia de seguridade:** Outro dos supostos das técnicas de exposición é que o paciente non debe saírse/irse da situación fóbica. Saírse é algo evitativo e a evitación mantén o problema, así “a regra de ouro é nunca abandonar a situación ata que o medo se foi” (Mathews, Gelder e Johnston, 1981. p: 182).

Pensábase que se o paciente abandonaba a situación se reforzaba o medo e a conduta evitativa, algo totalmente anti-terapéutico. Non obstante, como sinalan Rachman, Radomsky, e Shafran (2008): *“este rexeitamento a considerar unha conduta de seguridade debería ser considerado porque agora temos xustificación teórica, evidencia experimental e observacións clínicas que mostran que o uso xuízoso de condutas de seguridade, especialmente nas primeiras etapas do tratamento, é un elemento facilitador”* (páx. 163).

É dicir, “dar permiso” e permitir que un suxeito abandone temporal ou puntualmente a situación ansióxena cando experimenta unha grande ansiedade facilita que o paciente se vaia expoñendo a esa situación, e dende logo reduce a taxa de abandonos.

Emilio Gutiérrez, dentro desta liña, desenvolveu unha estratexia que mellora o anterior, denominada a “distancia de seguridade”.

A “distancia de seguridade” consiste en explicar a un paciente que estando ben, en canto note os primeiros sinais que lle fagan pensar “se sigo así dentro de 5 minutos ou de 100 metros me vou poñer mal”, se retire temporalmente desa situación e volva a ela en canto crea que está en condicións de continuar.

Implica as mensaxes “garda unha distancia de seguridade coa túa ansiedade, de forma que antes de chocarte con ela poderás parar, retirarte... “. Cando explicamos isto aos pacientes, facemos énfase na idea de que se o fai así “nunca” se sentirá mal porque antes de que aconteza el se terá retirado. Deste xeito a seguridade e, sobre todo, tranquilidade que adquiren os pacientes é clave para que vaian dando os pasos na exposición.



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

Nun caso de fobia a conducir (medo a ter un accidente, a marearse...), propuxemos a unha paciente que fose todos os días soa dende a súa casa ao seu traballo, pero que en canto pensase estou ben pero se sigo conducindo dentro duns minutos creo que vou estar mal”, xusto nese momento debía parar o coche, saír, dar un paseo, tomar algo, chamar por teléfono, etc. e cando considerase que estaba de novo lista, seguise conducindo. A tranquilidade que lle supuxo pensar que deste xeito non experimentaría grande ansiedade porque antes de que acontecese ela ía facer “algo” para evitala, permitiuna conducir cada vez máis km., expoñerse, e comprobar que nada do temido acontecía.

Noutro caso de agorafobia, esta estratexia levaba a mensaxe de “leva a casa á túa ansiedade antes de que a túa ansiedade che leve á casa a tí”, e permitiu que o paciente comezase a saír de casa coa tranquilidade e espazo abondo para ir expoñéndose, sabendo que antes de poñerse mal se podería poñer a salvo”.

A idea vai máis alá de dicir ao paciente “se te pos moi mal podes retirarte” (o que é un simple permiso), dota o paciente dunha estratexia, unha ferramenta que pode utilizar, constrúe un marco de seguridade e, por suposto, mellora a súa autoeficacia e control percibido.

Con todo o comentado xa podemos pensar que lle “vendemos” a técnica ao paciente. A partir de aquí a intervención vaise organizando, como todos sabemos, en función da xerarquía que se vai construindo, o tipo de fobia da que se trate, as posibilidades de exposición e o propio ritmo do paciente.

O terapeuta pode considerar se é conveniente comezar con estratexias non directas, en imaxinación, EMDR, fotos, normalmente cando a ansiedade é moi alta ou cando non hai moitas probabilidades de situacións reais (medo aos exames, avións, etc.). Considerar, tamén, se é convinte implicar a outros familiares, xa sexa para que non actúen como reforzadores do problema e/ou utilízalos como co-terapeutas no apoio dos sucesivos pasos. Mesmo considerar se é convinte que o terapeuta acompañe ó paciente nalgún momento da exposición en vivo. Sábese que en fobias a animais, ás alturas e no TOC, a exposición asistida polo terapeuta é máis eficaz (Abramowitz, 1996; Antony e Barlow, 1997). Á marxe dos resultados das investigacións en función do tipo de fobia, a miña suxestión é que a decisión teña en conta máis as necesidades de cada caso particular, facelo de xeito moi puntual, o menor número de veces posible e sempre vixiando que o paciente non se converta en dependente da presenza do terapeuta.

Se o proceso, os pasos da exposición, trascurren axeitadamente, o que nos adoitamos encontrar é que tras un primeiro momento, os éxitos e avances do paciente teñen un papel motivacional importante e lle animan a ir máis á présa e mesmo saltarse algúns pasos da xerarquía. Nesa fase a melloría é máis significativa e máis rápida. O paciente vaise sentindo cada vez máis seguro e o nivel

de ansiedade cada vez vaise reducindo máis. O medo cada vez interfire menos na vida do paciente, dáse un menor número de condutas evitativas e o máis importante, o suxeito xa sabe o que hai que facer, ou sexa, xa posúe estratexias de afrontamento axeitadas. Isto supón que en moitas ocasións a terapia pode rematar aínda que o medo non se reducise ao 100%, simplemente o paciente pode seguir só co plan establecido.

4 Servizo de Reclamacións

Ao longo deste traballo fomos vendo unha serie de consideracións que poden axudar a maximizar a eficacia da técnica de exposición. A maior parte dos comentarios e datos están extraídos de investigacións, e poucos da práctica clínica diaria.

Todos sabemos que unha investigación recrea e supón as mellores condicións para que unha técnica funcione, polo tanto os datos extráense de condicións ideais (selección da mostra, medios, persoal, tempo...), condicións das que raramente dispoñemos nos contextos de práctica clínica. Non obstante parece que os resultados das investigacións controladas son bastante xeneralizables á nosa práctica habitual. Coas diferenzas esperables de formato, número de sesións, intervalo e duración destas...; parece que as técnicas baseadas na exposición son adecuadas e conseguen resultados similares aos dos estudos.

Un dato máis discordante é o do índice de abandonos. Bados, Balaguer e Saldaña (2007) informan de que nos trastornos de ansiedade danse entre un 30 e un 35% de abandonos, unha porcentaxe bastante alta. Levar a cabo unha técnica de exposición é doado, pero non o é tanto conseguir ás condicións necesarias para que o paciente acepte a técnica. Na práctica clínica non seleccionamos a mostra e debemos traballar con diversidade de pacientes, con demandas distintas, niveis educativos e sociais diferentes, tamén motivación distinta, circunstancias persoais, historia evolutiva e evolución dos seus medos moi diversa.

Neste contexto é cando é de vital importancia a creación dunha boa relación terapéutica, empatía, calor, respecto, falar a linguaxe do paciente, adaptarnos e adaptar a técnica ás súas circunstancias e non ao revés, saírnos do guión (do mapa) se é necesario. Creo que todo iso contribuiría a reducir os abandonos e a comezar a terapia en mellores condicións, favorecendo a súa eficacia.

A porcentaxe de recaídas é baixo, calcúlase arredor do 4% (Antony e Barlow, 2002), probablemente sexa máis alto na práctica clínica. Pero aínda que non se categorice como unha recaída, se observa un retorno ao medo (Ost, 1989). Este retorno é máis probable cando: a) transcorreu bastante tempo dende o último contacto co estímulo fóbico; b) cando o suxeito se encontra cunha situación fóbica máis

difícil e intensa que as practicadas en terapia e que o pode desbordar; c) cando o estímulo fóxico se produce nun contexto sobresaínte, especial e/ou que recorda a situación inicial; e d) atravesar por dificultades e problemas persoais estresantes e intensos. Manter un seguimento e un contacto terapéutico axeitado pode axudar a que unha exacerbación sintomatolóxica non se converta nunha recaída.

Con respecto ao futuro, aparecen na literatura tres preocupacións básicas. Por un lado, introdución de estratexias cognitivas dirixidas a modificar crenzas disfuncionais e que poidan ser útiles para reducir e previr recaídas. Isto parece que invita á pregunta de se a exposición por si mesma non é suficiente para “consolidar” o cambio e que se necesita ademais cambiar o marco cognitivo/experiencial do paciente, sobre todo o relacionado coas crenzas acerca do propio medo, incluíndo, tamén, a expresión e cambio emocional.

Outra das preocupacións é a relacionada coa busca de formas de abordaxe, máis rápidas e con menor custo tempo/beneficio, dirixidas a investigar se é necesario levar a cabo a exposición cada día, se é preciso practicar unha hora cada vez, cal debe ser a duración axeitada de cada sesión, maior desenvolvemento das terapias dunha sesión, etc. É dicir, a busca da brevidade.

E, finalmente, o desenvolvemento e implementación de abordaxes máis novidosas, tipo realidade virtual, terapias “on-line” e os programas guiados a través de internet nos que o paciente vai seguindo por el mesmo todos os pasos necesarios na súa exposición ao medo (Marks, 2004)

A isto nós engadímoslle as novas liñas de investigación na redución da ansiedade, xa comentadas anteriormente. E, por suposto, investigacións dende contextos aplicados que poidan probar a eficacia destas técnicas coas condicións asistenciais habituais.

Díaz, Ruiz, Villalobos e González (2012) comentan que a pesar dos datos o uso da exposición no ámbito xeral da psicoterapia (incluída a terapia cognitivo-condutual) é menor do que se esperaba. Becker, Zayfert e Anderson (2003) e Freihei, Vye, Swan e Cady (2004) apuntan a razóns de descoñecemento (dubídeo), maior familiaridade con outros procedementos e falta de formación e experiencia na aplicación destas técnicas.

Quizais a isto haxa que engadirlle algunhas dificultades de validez externa destas técnicas á hora de poder ser aplicadas con comodidade nos contextos asistenciais anteriormente mencionado. Neste sentido explorar e mellorar formas de aplicación máis axustadas ao traballo diario redundaría nun maior uso e beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.

Amir, A., Beard, C., Taylor, C. T. et al. (2009): Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 961-973

Anderson, J., Williams, S., Mc Gee, R. y Silva, P. (1987): DSM III Disorders in pre-adolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

Antony, M. A. y Barlow, D. H. (2002): Specific phobias. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its Disorders* (2ª ed. pp: 380-417) New York: Guildford

Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.

Bados, A. (2012): Fobias específicas. En *Lecciones de Terapia de Conducta*. Vallejo, M. A. y Comeche, M. I. Editorial Dykinson.

Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007): Outcome of cognitive - behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435.

Becker, C. B., Zayfert, C. y Anderson, E. (2003): A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.

Choy, Y., Fyer, A. y Lipsitz (2007): Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.

Díaz, M. I., Ruiz, M. A., Villalobos, A. y González, M. P. (2012): Terapias y técnicas de exposición. En *Manual de técnicas de intervención cognitivo - conductuales*. Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E.; De Corral, P. y Ortiz, C. (2009): Técnicas de exposición. En *Técnicas de Modificación de Conducta*. Coordinador Francisco Javier Labrador. Ed. Pirámide.

Freihei, S. R., Vye, C., Swan, R. y Cady, M. (2004): Cognitive - behavioural therapy for anxiety: Is dissemination working?. *The Behavior Therapist*, 27, 25-32.

Gutiérrez, E. (2004): El optimismo irracional en psicoterapia. ¡Vade retro pesimismo profesional!. *Cuadernos de Terapia Familiar*. 58, 109-118.

Gutiérrez, E. (2013): Distractores y tratamiento de la ansiedad. Curso Centro de Formación FOCO. Santiago de Compostela.

Johnstone, K.A. y Page, A.C. (2004). Attention to phobic stimuli during exposure: The effect of distraction on anxiety reduction, self efficacy and perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 249-275.

Kamphuis, J.H. y Telch, M.J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatment for specific fears. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1163-1181.

Kessler, R.C. y Ustun, T.B. (2008): The WHO Mental Health Survey: global perspectives on the epide-

miology of mental disorders. New York: Cambridge University.

Lambert, M. J. (1992): Psychotherapy Outcome Research: Implications for

Integrative and Eclectic Therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.),

Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.

Ledoux, J. E. y Gorman, J. M. (2001): A Call to Action. Overcoming Anxiety Through Active Coping. *American Journal of Psychiatry*. 158,12.

Marks, I.M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.

Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). Agoraphobia: Nature and treatment. Nueva York: Guilford.

Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Dancu, C. y Greenwald, M. (1986). The role of self-directed in vivo exposure in cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 17, 91-108.

Murphy, M.T., Michelson, L.K., Marchione, K., Marchione, N. y Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 117-38.

Nardone, G. (2002): Miedo, pánico y fobias. La terapia breve. Ed. Herder.

Oliver, N.S. y Page, A.C. (2008). Effects of internal and external distraction and focus during exposure to blood-injury-injection stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 283-291.

Ost, L. G. (1989): A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour research and Therapy*, 27, 123-130.

Parsons, T., & Rizzo, A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 250-261.

Pérez, M. et al. (2005) Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Ed. Pirámide

Rachman, S., Radomsky, A.S. y Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173

Wolitzky-Taylor, K., Horowitz, J., Powers, M. Y Telch, M. (2008): Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta - analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021-1037.



CASOS CLÍNICOS

"Songs for Little People" de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

CASO CLÍNICO 1

AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA NUN CASO DE STATUS EPILÉPTICO: ADAPTACIÓN Á ENFERMIDADE E FAMILIA

Sabela Bermúdez Míguez,
PSICÓLOGA CLÍNICA
(Fundación Instituto San Xosé. Madrid)

Alicia Carballal Fernández
PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE
(Xerencia de Xestión Integrada. A Coruña)

Resumo: O status epiléptico defínese coma un trastorno neurolóxico no que o doente sofre crisis convulsivas continuas sin que se de recuperación da conciencia entre as mesmas. Este estado é considerado unha urxencia médica, xa que compromete o funcionamento cognitivo e vital da persoa que o padece. No presente artigo, descríbese o caso dunha doente que sofre crisis xeneralizadas e status epiléptico. Detállese a continuación, o proceso de avaliación e rehabilitación neuropsicolóxica e interven-

ción psicoterapéutica realizada, así coma os resultados obtidos tras o seguimento do caso. Finalmente, realízase unha discusión sobre os modelos de intervención empregados na actualidade en doentes con Dano Cerebral Adquirido dende a área de Neuropsicoloxía e se presenta a necesidade de levar a cabo programas holísticos que inclúan ás familias como ámbito de intervención e a súa implementación no Sistema de Saúde Público.

Palabras chave: Estado Epiléptico, Neuropsicoloxía, Familia, Proceso de adaptación e Dano Cerebral.

Abstract: Status epilepticus is defined as a neurological disorder in which the patient suffers from continuous seizures without consciousness recovery between them. This condition is considered a medical emergency; it represents a neurological and vital risk for the patient. This article shows a case of a patient who suffers generalized seizures and status epilepticus. The following article summarizes the process of neuropsychological assessment and psychotherapeutic intervention, as well as the results obtained after the monitoring of the case. Finally, this study presents a discussion of intervention models currently performed in patients with Acquired Brain Injury from the area of Neuropsychology and the necessity is presented to become holistic programs that include families as a scope of intervention and its implementation in the public health system.

Keywords: Status Epilepticus, Neuropsychology, Family Caregivers, Process of adjustment and Brain Injury.

1 Introducción

O concepto de epilepsia é un concepto heteroxéneo, que engloba distintos tipos de síndromes, nos que concorre un trastorno neurolóxico caracterizado pola hiperexcitabilidade e sincronía neuronal. Hoxe en día, acéptase en maior medida o termo de “síndrome epileptóxico”, proposto pola Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE), para englobar signos e síntomas de diferente etiología. A definición de epilepsia proposta pola ILAE no 2005 fai referencia ás consecuencias biopsicosociais desta, ao entender esta síndrome como “unha alteración cerebral caracterizada pola predisposición permanente para xerar crise e polas consecuencias neurobiolóxicas, cognitivas, psicolóxicas e sociais derivadas desta condición” (Fisher et al., 2014).

O status epiléptico é un trastorno convulsivo no que o doente sofre convulsións motoras importantes de forma continua, sen que se de recuperación destas entre os episodios. É probablemente o tipo de crise que máis deterioración produce,

mesmo en doentes cun único episodio, xa que supón un risco vital e neurolóxico para quen o padece (Maestu, Martín, Sola y Ortiz, 1999).

Na actualidade, aínda que se conta con distintas clasificacións das crises epilépticas, acéptase a categorización destas en síndromes sintomáticas, idiopáticos e criptóxenos, en función de que a etioloxía que os produce estea aclarada, non se encuentre unha causa nesta ou se sospeite unha orixe a pesar da negatividade das probas. Así mesmo, clasifícanse as crises epilépticas en xeneralizadas ou focais (anteriormente denominadas parciais), en función de se a afectación neurolóxica se xeneraliza a ambos os dous hemisferios ou presenta un foco epileptóxico nun deles. Á súa vez, as crises parciais categorízanse en simples ou complexas, en relación á ausencia ou presenza de perda de conciencia durante estas (Kandel, Schwartz e Jessell, 2000; Martín, Bortz e Snyder, 2006). Dentro das alteracións asociadas ás crises epilépticas xeneralizadas encóntranse, entre outras, os déficits na velocidade de procesamento, enlentecimento psicomotor e déficits atencionais, observándose tamén alteracións nas funcións executivas (Álvarez- Carriles, López- Hernández, Martín- Plasencia y Maestú, 2008). Por todo iso, faise necesaria unha avaliación neuropsicolóxica completa que abrangua o funcionamento cognitivo global da persoa que as sofre.

O obxectivo do presente artigo é describir o caso clínico dunha doente que foi diagnosticada de crises convulsivas xeneralizadas e status epiléptico de inicio, que sufriu como consecuencia diso un deterioro cognitivo significativo e importantes dificultades nas relacións socio- familiares. Con este traballo preténdese achegar unha visión global e integradora do doente con dano cerebral, que inclúa a familia no proceso de intervención da devandita enfermidade.

2 Datos Sociodemográficos

Muller de 19 anos de idade que cursaba previamente ao ingreso 2º de Bacharelato. Na actualidade convive cos seus pais e a súa irmá maior. En relación ao nivel basal previo, a familia descríbea como unha rapaza alegre, sociable e boa estudante. Ademais, constatouse a adquisición de actividades da vida diaria, básicas, instrumentais e superiores.

3 Motivo de Consulta

Dende o Servizo de Neuroloxía solicitouse interconsulta para valoración neuropsicolóxica da doente debido a amnesia anterógrada. Tanto esta coma a familia refiren esquecementos de feitos diarios que dificultan a súa autonomía, así como amnesia retrógrada que afecta a recordos de episodios

vitais previos ao dano cerebral sufrido. Ademais diso, sinalan a importancia de que a doente retome e finalice os seus estudos.

No 2011 acudiu a Urgencias debido a febre de ata 39º de 4 días de evolución. Foi derivada a UCI por presentar alteración do nivel de conciencia, fala incoherente e crises convulsivas. A RM e TAC realizados non mostraron alteracións significativas. Descartouse así mesmo infección do SNC. Foi diagnosticada dende este servizo de *convulsións de causa non filiada e status epiléptico*. Foi necesario o seu control a través de hipotermia xa que nun principio non respondeu a tratamento farmacolóxico. Posteriormente, conseguiuase o control das crises con Levetiracetam, Acido Valproico, Lacosamida e Lorazepam. Tras dous meses de ingreso en UCI, produciuse traslado a Neuroloxía, onde se realizou un EEG que evidenciou actividade irritativa temporal dereita e signos compatibles cunha polineuropatía sensitivo-motora. Déuselle a alta hospitalaria tras 8 meses de ingreso dende que acudiu ao servizo de Urgencias.

4 Obxectivos

O traballo con doentes con dano cerebral adquirido fai necesario realizar unha avaliación neuropsicolóxica e unha entrevista clínica exhaustivas, co obxectivo de deseñar un plan de intervención axustado ao seu nivel de rendemento. As probas neuropsicolóxicas aplicadas neste tipo de casos deberán tamén axustarse ao devandito criterio, polo que será necesario que manteñan unha adecuación tanto a nivel de contido coma de validez ecolóxica (Muñoz-Céspedes e Tirapu, 2001). Ademais, será primordial que o doente alcance o maior grao de autonomía posible na vida diaria, para o que será conveniente unha intervención psicoterapéutica que facilite o proceso de adaptación tanto do doente coma da familia á nova situación (García, 2006). Sobre a base destes principios, formúlense a continuación os obxectivos perseguidos neste caso:

Obxectivos xerais:

- Valoración do nivel premórbido da doente. Obtención do rendemento xeral nas distintas funcións cognitivas, a través de datos cuantitativos e cualitativos.
- Creación dun plan de intervención global que integre as distintas áreas nas que se adoita encontrar afectación tras dano cerebral (v. gr. cognitiva, emocional e conductual) e distintos contextos nos que interactuar a doente (v. gr. familiar, social e académico).
- Potenciar a autonomía e independencia da doente.
- Prestar apoio psicoterapéutico durante o proceso de adaptación.

Obxectivos específicos:

Os obxectivos específicos deben ser seleccionados mediante un consenso entre terapeuta, doente e familiares, e deben permitir alcanzar ao mesmo tempo os obxectivos xerais. En concreto, no caso aquí presentado, foi necesario adaptar as expectativas de cada unha das partes á realidade da situación. Así, a familia manifestaba o desexo de que a doente retomase os estudos e finalizase segundo de bacharelato. Isto contrastaba coa percepción da avaliada, que refería incapacidade para continuar coa actividade académica, debido ás dificultades cognitivas derivadas do trastorno convulsivo, que se traducían nun alto nivel de frustración a nivel académico e social.

Para resolver esta incompatibilidade entre obxectivos, facilitouse a reflexión acerca da funcionalidade dos mesmos. Finalmente, acordáronse os seguintes puntos de cara a potenciar a autonomía da doente:

- Cursar algunha actividade de interese para a doente adaptada ás súas limitacións cognitivas.
- Aprender a realizar comidas.
- Facer uso do transporte público de xeito independente (v. gr. autobús).
- Formulación de estratexias para o mantemento atencional, regras mnemotécnicas e adestramento en memoria de traballo.

5 Intervención

Realizouse un programa de tratamento no que a avaliación e intervención forman parte do mesmo proceso asistencial.

A avaliación neuropsicolóxica e a entrevista clínica, evidenciaron a presenza de amnesia antegrada significativa que dificultaba a autonomía da doente; así como amnesia retrógrada dalgúns aspectos da súa vida. En concreto, mostrábase alterada a capacidade para recuperar e codificar información. A doente denotaba tamén déficits en velocidade de procesamento, alternancia atencional, funcións executivas, denominación de obxectos, parafasias, déficits nas funcións visoespaciais e en tarefas sinxelas de cálculo numérico. Entre as capacidades preservadas, cabe destacar a capacidade de expresión e comprensión lingüística e a capacidade de mantemento atencional. Ademais, a doente era consciente dos déficits derivados da enfermidade. (Ver Táboa 1). Observouse tamén que tanto doente coma familia presentaban un desaxuste de expectativas en relación á evolución desta.

O plan de intervención programado, combinou a rehabilitación cognitiva coa intervención psicoterapéutica.

En relación á área cognitiva, programáronse en primeiro lugar actividades de lapis e papel, para posteriormente realizar a xeneralización pertinente ao ambiente natural. Desta forma, propúxose un adestramento en memoria de traballo a través de tarefas como a presentación de palabras encadeadas ou números. Ademais, traballouse coa doente a adquisición de regras mnemotécnicas mediante a utilización de imaxes e listas de palabras, nas que se potenciou a recuperación e codificación da información, a través de estratexias de organización ou de elaboración (Muñoz e González, 2009) xa que mostraron unha maior facilitación no recordo posterior. Practicáronse tamén exercicios de cálculo numérico, así como de planificación en relación distintas situacións (v. gr. como ir á compra).

Posteriormente, leváronse a cabo varias sesións nun ambiente natural. Para iso, acompañouse á doente ao supermercado e programáronse obxectivos graduados a alcanzar nas distintas visitas (v. gr. coller o bus, comprar os alimentos necesarios, facer a cea ao chegar á casa). Durante as saídas programadas, utilizáronse as estratexias cognitivas adestradas previamente, como por exemplo técnicas mnemotécnicas para aprenderse o camiño ao supermercado (v. gr. fixarse en puntos que chamen a súa atención: unha igrexa, un instituto) ou planificar a compra dos distintos alimentos que necesitaba. De feito, só a través dun achegamento ao ámbito natural se puideron detectar dificultades que sería imposible verificar doutro modo. Este tipo de intervención posibilitou comprobar como a alteración na capacidade de atención dividida, planificación e velocidade de procesamento, se traducían nunha clara dificultade para afrontar tarefas da súa vida diaria, tales como cruzar no paso de peóns ou tomar unha decisión cando o formato dos alimentos que encontraba no supermercado era diferente ao esperado. Unha vez detectadas as devanditas dificultades, engadiuse a súa intervención aos obxectivos formulados con anterioridade.

En relación á intervención psicoterapéutica, traballouse coa doente diferentes áreas (v. gr. académica, social e familiar) para facilitar o proceso de adaptación desta ás consecuencias sufridas tras o dano cerebral. Así, no referente ao ámbito académico, a intervención estivo orientada principalmente ao manexo do fracaso escolar e reorientación de expectativas profesionais, en consonancia co rendemento cognitivo que presentaba tras as crises convulsivas. No ámbito social, o traballo orientouse á recuperación de relacións sociais e/ou ao establecemento de novas relacións, dado que as dificultades de comprensión e enlentecimiento cognitivo que mostraba, propiciaron entre outros factores, a perda do seu grupo de apoio primario. Finalmente, no ámbito familiar, o obxectivo foi procurar unha maior independencia dos seus pais e irmá. Ademais, traballouse o axuste de expectativas respecto a súa futura funcionalidade, déronse pautas de cara a potenciar o seu rendemento nas distintas actividades e prestouse apoio ante as preocupacións e dúbidas formuladas. Todo iso facilitou unha narración adaptativa acerca do proceso asistencial.

Os resultados, alcanzados tras oito meses de intervención, constatan unha melloría xeneralizada no rendemento cognitivo da doente, así como unha maior independencia e autonomía. Os datos obtidos a través das probas aplicadas evidencian un maior rendemento en probas de alternancia atencional e velocidade de procesamento, así como un maior span atencional en memoria audioverbal e visoespacial (agás na proba de Localización espacial inversa, que probablemente vísesse influída pola distraibilidade que mostrou a doente ante esta, xa que era das últimas aplicadas). A devandita melloría, é confirmada tanto pola doente coma pola familia, que informan dun mellor recordo de feitos pasados e de detalles diarios. Así, refiren que é capaz “de arranxarse moito mellor”, “Vémola moito mellor en pequenos detalles do día a día, como que poida recordar que onte estivo cunha amiga a falar e a conversación que tivo con ela”. **(Ver Táboa I).**

Na actualidade (dous anos despois do seu primeiro ingreso) continúa seguimento da paciente, coa que se pautan novos obxectivos de acordo coa evolución desta. Principalmente, preténdese recuperar a actividade no ámbito académico e relacional (v. gr. actividade cognitiva adaptada ás súas capacidades, funcionamento de redes sociais) e fomentar a súa autonomía dentro de limitacións propias da enfermidade. Ademais, como a paciente continúa sufrindo crises epilépticas episódicas de causa non filiada, trabállase con ela a capacidade de reacción ante a identificación do aurea. Para iso, contratou un sistema de tele asistencia domiciliar, que posibilita que active unha alarma dende unha pulseira que leva, cando percibe certas sensacións de aviso.

Táboa I. Resultados Probas Neuropsicolóxicas

7 MINUTOS	Aplicación Anterior (Febreiro)		Aplicación Actual (Decembro)	
Orientación Temporal Aprendizaxe Total Fluidez Verbal Test do Reloxo	PD= 111 PD= 14 PD= 10 PD= 4		PD= 111 PD= 16 PD= 14 PD= 6	
DÍXITOS (WMS)	Directo Span= 5	Inverso Span=3	Directo Span = 7	Inverso Span = 5
Localización Espacial (WMS)	Directo Span= 4	Inverso Span= 4	Directo Span= 6	Inverso Span= 2
FAB	PD= 12/18		PD=16/18	
CTMT	Tempo (seg.) Puntuación		Tempo (seg.) Puntuación	
Ensaio 1	89"	T= 18	54"	T= 27
Ensaio 2	109"	T= 18	52"	T= 30
Ensaio 3	137"	T= 18	76"	T= 20
Ensaio 4	98"	T= 18	43"	T= 31
Ensaio 5	167"	T= 18	102"	T= 21

NOTA: PD= Puntuación Directa. T= Puntuación T (x = 50, Sx= 10). Seg. = Segundos.

6 Conclusións

A implementación dun programa global e integral, que se ocupe non só da área cognitiva e/ou conductual do doente senón que teña en conta do mesmo modo o ámbito emocional e os distintos ámbitos interrelacionados coa persoa afectada, é de especial importancia no ámbito da Neuropsicoloxía.

Son moitos os autores que fan referencia á devandita formulación como principio fundamental nesta área. Bárbara Wilson (Wilson, 1997), describe catro modelos principais de rehabilitación cognitiva en dano cerebral e sinala a adecuación dos modelos holísticos que interveñen sobre as funcións cognitivas, emocións e motivación, en combinación cos modelos orientados ao doente, baseados nas teorías da aprendizaxe, a psicoloxía cognitiva e a neuropsicoloxía. Contrapón a idoneidade destes últimos á inadecuación dos enfoques que basean a súa intervención en exercicios cognitivos ou na psicoloxía cognitiva exclusivamente. Do mesmo modo, Prigatano, destaca a necesidade de intervir sobre a experiencia subxectiva do doente con dano cerebral, xa que entende que potenciará a súa participación en todo o proceso de rehabilitación e permitirá en maior medida integrar o acontecido na súa vida (Prigatano, 2011). Intervencións como as formuladas no presente artigo, teñen como obxectivo dotar a familiares e doentes de recursos, para poder alcanzar, na medida do posible, os obxectivos formulados e resolver os problemas diarios derivados do dano sufrido (Prigatano, 1999).

No caso que aquí se expón, manténse o programa asistencial durante dous anos, con consultas de periodicidade gradualmente prolongadas (semanal os primeiros meses, quincenal e finalmente cada tres meses aproximadamente). Cabe sinalar en primeiro lugar, que a presentación deste traballo non pretende realizar xeneralizacións sobre os resultados obtidos, entendendo as limitacións coas que conta a descrición dun caso clínico. A pesar diso, gustaríanos abrir un debate acerca da metodoloxía e fins de intervención que se realizan na actualidade no campo da Neuropsicoloxía. A nosa intención é propoñer unha alternativa aos programas de intervención diaria e case exclusivamente de corte cognitivo que se levan a cabo en moitos centros de dano cerebral. Se ben recoñecemos que as sesións diarias poden potenciar a adquisición de habilidades cognitivas e/ou conductuales nestes pacientes; consideramos que, ademais de non existir estudos concluíntes ao respecto, a implementación de programas holísticos e ecolóxicos como o aquí formulado pode conformar unha alternativa viable e eficiente de cara á súa implementación no Servizo Galego de Saúde, pensando a dificultade de levar a cabo consultas diarias neste. Ademais, a atención prestada ás familias, en concreto ao coidador/a principal, supón un pilar fundamental para reducir a sobrecarga emocional á que se enfrontan durante todo o proceso (García, 2004). Con todo iso, será necesario, polo tanto, realizar estudos que clarifiquen a efectividade das intervencións en Dano Cerebral Adquirido, así como dar unha solución asistencial ao abandono sufrido na actualidade por pacientes e familias dende o noso sistema de saúde.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez- Carriles, López- Hernández, Martín- Plasencia y Maestú, F. (2008). Neuropsicología y epilepsia. En: J.Tirapu, M. Ríos y F. Maestú (Eds.), *Manual de Neuropsicología* (pp. 343-369). Barcelona: Viguera.

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., . . . Wiebe, S. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475-482. doi: 10.1111/epi.12550

García, M. A. (2006). Procesos asistenciales y cuidado de las familias con daño cerebral adquirido. En: Mapfre (Ed.) *Avances en Neuropsicología Clínica* (pp. 245-274). Madrid: Mapfre.

García, M. A. (2004). El cuidador principal. En: Federación Española de Daño Cerebral- FEDACE. Guía de Familias (pp: 120-121). Madrid: FEDACE.

Kandel, E. K., Schwartz, J. H. y Jessell T.M. (2000). Principios de Neurociencia. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España

Maestú, F., Martín, P., Sola, R. G. y Ortiz, T. (1999). Neuropsicología y deterioro cognitivo en la epilepsia. *Rev Neurol*, 28 (8),793-98.

Martin, R., Bortz, J. y Snyder, P. (2006). Epilepsy and Nonepileptic Seizure Disorders. EN: P. Snyder, P. Nussbaum y D. Robins (Eds.), *Clinical Neuropsychology: a pocket handbook for Assessment* (pp. 318-350). Washington, D.C: American Psychological Association.

Muñoz Céspedes, J. M. y Tirapu, J. (2001). Evaluación neuropsicológica. En: J. Muñoz- Céspedes y J. Tirapu (Eds), *Rehabilitación neuropsicológica*, (pp. 67-90). Madrid: Síntesis.

Muñoz, E. y González, E. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica en la memoria. (2009). En: E. Muñoz, N. Galparoso, J.L. Blázquez, G. Lubrini, J.A. Periañez, M. Ríos, Sánchez, et al. (Eds.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (pp.81-117). Barcelona: UOC

Prigatano, G. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. United States of America: Oxford University Press.

Prigatano, G. P. (2011). The importance of the patient's subjective experience in stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*, 18(1), 30-34. doi: 10.1310/tsr1801-30

Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *J Int Neuropsychol Soc*, 3(5), 487-496.

CASO CLÍNICO 2

PERSONALIDADE, SEXO, DROGA E SMARTPHONE

María Carou

UMAD (Unidad Municipal de Atención a Drogodependientes)
Santiago de Compostela.

Resumo: No presente traballo analízase o caso dun paciente que ó longo de máis de 30 anos acudiu a distintos tratamentos, especialmente polos seus trastornos aditivos, cambiando unha substancia por outra ó longo do tempo e sufrindo repetidas recaídas. Presenta un perfil de personalidade tipicamente relacionado coas adiccións, con impulsividade, busca de sensacións e falta de autocontrol, así como comportamentos rechamantes, con busca de atención e dramatismo que farían pensar noutros trastornos de personalidade, aínda que sobre todo destaca unha vida sexual complicada, con prostitución e dano continuado. En terapia revélase a existencia de abuso sexual infantil, o que permite axudar a entender os seus comportamentos e a que o paciente tamén os comprenda, podendo elaborar o trauma e reducindo o dano.

Palabras chave: Drogodependencia, abuso sexual infantil, personalidade.

Abstract: This paper discusses the case of a patient who has come throughout more than 30 years to different treatments, especially for his addictive disorder, sifting from a substance to another over the years, and having successive relapses. His personality profile is related to addictions, with impulsiveness, sensations seeking and lack of self-control, as well as striking behaviour, with search of attention and drama that would think about personality disorders, although mostly emphasizes especially stands out a sexual complicated life, with prostitution and continued damage. The revelation in therapy of being sexually abused when child allows us and the patient himself to understand some behaviours, and being able to cope with the trauma and reduce the damage.

Keywords: Drug dependence, childhood sexual abuse, personality.

1 Introducción

A drogodependencia, como trastorno único, é un fenómeno suficientemente complicado como para merecer unha atención especializada. Asociouse a variables de personalidade como a impulsividade e a busca de sensacións, así como a falta de autocontrol, amplamente estudada no ámbito da drogodependencia e relacionada co contacto temperán con substancias e gravidade na adicción (Carou, Romeiro e Longo, 2013). Ademais a maioría de estudos destacan que adoita aparecer outra psicopatoloxía asociada que se vincula a peor prognóstico (Schottenfeld, Carroll e Rounsaville, 1993), destacando entre os diagnósticos máis comúns os trastornos afectivos e os trastornos de personalidade (Frei e Rehm, 2002). Esta comorbilidade parece suficiente para explicar a cronicidade e as recaídas, polo que se restaría importancia á busca doutros trastornos ou traumas que se non son tratados dificultarían a evolución, como a presenza de Abuso Sexual Infantil (ASI). Por outro lado, segundo a literatura, en poboación

adulta que sufriu ASI, pero que non recibiu no seu momento a asistencia terapéutica oportuna aparecerían trastornos cronificados e sobredimensionados (Díaz, Casado, García, Ruiz, Esteban, 2000). A estimación de ASI en España é do 15% en nenos, coñecéndose entre o 10 e o 20% dos casos (Forno, do Muíño Alonso, e Santos, 2001). O ASI está relacionado con estados depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos de personalidade, drogodependencia, problemas coa sexualidade, prostitución e marxinalidade entre outros (Noguerol, 1997). Os estudos sinalan relación entre ASI e drogodependencia, sobre todo a maior incidencia de ASI en mulleres drogodependentes que entre as que non o son, e menor revelación en homes, polo que se recomendaría maior atención á posible presenza para a súa valoración e tratamento (Do Río e Guardiola, 2013).

2 Datos demográficos

Trátase dun varón de 45 anos, solteiro. É pensionista, con incapacidade permanente absoluta. Acode regularmente a revisións en Medicina Interna no CHUS (Complexo Hospitalario Universitario de Santiago), por infeccións de VHB+ e VIH+ (Estadio SIDA C3), infectado con 20 anos e con coñecemento da infección dende os 21. O tratamento psicofarmacolóxico no momento actual é Clonazepam, Duloxetina, e Mirtazapina. A nivel xudicial ten un antecedente de alcoholemia e resistencia á autoridade. A nivel familiar destaca que os seus pais están divorciados dende que el tiña 18 anos, cun clima familiar conflitivo, existindo violencia de xénero e maltrato do pai ó fillo. O pai presenta alcoholismo e ludopatía non tratados, e a nai tratamento por trastorno depresivo. É o maior de cinco irmáns e o único varón. Unha irmá está a tratamento por trastorno bipolar (e o seu fillo por trastorno aditivo), outra presenta trastorno depresivo, e outra irmá é a “supervisora” e coidadora de todos.

3 Motivo de consulta

Despois de realizar distintos tratamentos tanto en Unidade de Saúde Mental como en centros específicos para o tratamento das drogodependencias, ambulatorios e residenciais, públicos e privados, é remitido dende unha Comunidade Terapéutica da rede pública galega para o seguimento da súa adicción nun tratamento semi-residencial (Unidade de Día ou UD) buscando unha paulatina adaptación e continuación do tratamento en unidade ambulatoria (UAD).

4 Obxectivos

A continuación destacamos os principais obxectivos do tratamento nun primeiro momento en UD:

- Diminución de condutas de risco: sexuais, abuso de substancias, condutas impulsivas, gastos excesivos...
- Abordar a ausencia de planificación e autocoidado.
- Diminuír a busca de atención interpersonal, establecemento de relacións sociais sas e redución de comportamentos dramáticos.
- Estabilizar os estados de ánimo inconstantes.
- Reorientar o estilo cognitivo superficial.
- Aumentar a autoestima e habilidades sociais.

Tras unha importante recaída, estes obxectivos redefínense, para tratar de conseguir, tanto en UD coma en terapia, os seguintes:

- Recuperar o funcionamento previo e estabilización.
- Comezar a abordaxe de posibles experiencias traumáticas para posterior elaboración e comprensión máis explícita do seu actual funcionamento.

5 Intervención

Os antecedentes de consumo e tratamentos previos reflicten unha gravidade aditiva, que comeza con 11-15 anos, con diagnósticos de ludopatía, dependencia a heroína, dependencia a cocaína, dependencia a alcohol (substituíndo unha substancia por outra ó longo do tempo), así como Síndrome Ansioso Depresivo. Na exploración psicopatolóxica destacamos o seguinte: consciente, orientado, bo aspecto, actitude colaboradora, con conciencia de enfermidade, sen alteracións sensoperceptivas. Aparece presenza de alteracións atencionais: hipoprosexia e tendencia á distraibilidade; alteracións no contido do pensamento en forma de rumiación depresiva, preocupación ansiosa; a nivel conductual: abuso de substancias, condutas impulsivas, tendencia ó illamento social, condutas de busca de atención e dramatismo, preséntase como divertido, sexualmente provocador, relacións sexuais desprotexidas; a nivel fisiolóxico-emocional detéctase ansiedade, hipotimia, inestabilidade emocional, apatía; a nivel interpersonal: poucas relacións sociais, a maioría con exconsumidores; a nivel de personalidade a medida que avanza o tratamento obsérvanse trazos histriónicos, dependentes e límites.

Destacan moi altas puntuacións en impulsividade (BIS-11, Patton, Stanford e Barratt, 1995): ausencia de planificación, de reflexión, non ten en conta consecuencias negativas, non inhibición de conduta; altas puntuacións en busca de sensacións (SSS-V, Zuckerman, Eysenck e Eysenck, 1978): desinhibición e susceptibilidade ó aburrimento, e moi baixo autocontrol (Escala de Autocontrol, Grasmick, Title, Bursik e Arneklev, 1993): busca de sensacións impulsiva. A evolución no tratamento é irregular, pasando por longos períodos de abstinencia e tamén de recaídas, que cada vez son menores en intensidade e duración.

Comeza psicoterapia en UAD ó mesmo tempo que o programa semi-residencial UD, en setembro de 2010, con moitas dificultades, conseguindo a alta de UD en xullo de 2011, e continuando en UAD. A alta únese a unha saída laboral na que non se cumpren as expectativas, con certa “explotación” laboral, comezan os consumos esporádicos de alcohol, máis adiante cocaína, conduta sexual dañina (unida a uso problemático de internet), ata estar inmerso nunha grave recaída e pedir reingreso en UD, facendo o programa dende setembro de 2012 ata maio de 2013, no que volve saír de alta e continua tratamento en UAD.

Na UD, a intervención realízase en grupo, de maneira que acode diariamente a todas as actividades tanto psicoterapéuticas (Prevenición de Recaídas, Habilidades Sociais, Terapia de Grupo, Relaxación, Autoestima...) como socioeducativas e ocupacionais; ó ser un tratamento de máxima esixencia, realiza urinoanálisis periódicos. En UAD as citas de psicoterapia son quincenais, habitualmente individuais, e nalgunha ocasión acompaña a irmá “coidadora”.

Pide reiniciar na UD porque comprobou que se atopa en recaída e necesita unha estrutura firme na que recuperarse, presenta absoluto descontrol coas débedas, créditos, tarxetas, gastos enriba das súas posibilidades (perfumes de 80 euros, peiteado, smartphone...luxos que non se pode permitir pois non lle queda diñeiro para comer), paga por sexo e permite condutas sexuais que non quere esperando que así alguén se quede ó seu lado, aumentando o malestar posterior.

Na terapia céntrase en analizar aspectos que repercutiron na recente recaída, elaborar cuestións máis profundas que no pasado rexeitaba abordar, con maior intensidade e compromiso, alcanzando unha grande alianza terapéutica. A raíz deste afondamento aparecen novos datos que explicarían en boa medida todo o seu percorrido vital, os múltiples diagnósticos e funcionamento, que poderían ser secundarios, ó diagnóstico principal actual de Trastorno por Estrés Postraumático.

No seu relato descóbrese que os seus primeiros recordos son sexuais, aínda que practicamente non recorda nada da infancia nin da adolescencia, só que o seu ámbito lle comentou que dende pequeno tiña problemas e era “caprichoso”, sen recordar nada dos seus pais, unha vaga descrición da súa nai como “boa e traballadora” e desvivíndose por el. Con 8 anos a súa nai encóntralle no baño con

outro neno, lévao por primeira vez ó psicólogo aínda que el non comprende esta alarma porque considera que estaban a realizar “cousas sexuais normais”.

Finalmente remata podendo verbalizar abusos sexuais e físicos que agora non entende como permitiu, que eran cousas curtas no tempo “como 10 minutos, bo, non sei, quizais relativizo o tempo”, durante 3 anos, facíanlle dano (penetración anal), era un veciño, maior, ninguén o soubo. Co tempo aumentan os recordos e a revelación de que foron dous os abusadores sexuais, e que as súas relacións a partir de aí cos seus iguais e cos maiores son a través de relacións sexuais que o considera “normais”. Ó mesmo tempo hai maltrato físico por parte do pai e dunha avoa, aínda que case non ten recordos, agás o que lle contan; sabe que ameazaba a súa nai con irse, que chamaba a atención sobre o que pasaba, fuxíase do colexio, repetía, cambiábanlle de colexio. Nas sesións reflexiona: “Pode ser que teña medos, ó rexeitamento, a que me xulguen... utilizo ós demais, utilízanme a min, non digo o que penso, non digo o que quero, nas relacións sexuais tampoco...estou esperando a estalar como unha bomba”. Cando era pequeno as monxas do colexio víano como “un neno bo” polo seu aspecto (louro, ollos azuis). “Era o neno Xesús no Belén”. Cre que é como ter dúas caras, unha é a que dá a coñecer como rapaz “bo” e a outra é a “verdadeira”. Os contactos sexuais precoces con compañeiros do colexio non os considera estranos. Con 11-15 anos comeza a xogar ás comecartos, relaciónao con que algo malo lle pasaba, con chamadas de atención, aínda que non sabía porqué, seguiu con alcohol e logo con heroína e cocaína. Nunca tivo parella, “bo 2 noivas (pequenas), pero eran noivas daquel xeito... nin se tocar, todas as demais relacións foron con homes”. Con 18 anos sepáranse os seus pais, el sufría malleiras, o pai comportábase moi agresivamente (a súa irmá pequena é froito disto). Queda co seu pai para non ser unha carga para a nai que se vai coas nenas, pero só uns meses, pois seguen as malleiras moi graves, a última un 5 de Xaneiro, non entendía como a nai aceptaba o pai na mesa despois disto o día de Reyes (xa separados). O pai é “marabilloso, moi bo se non hai alcohol”. Con 18 anos vaise da casa e empeza a prostitución.

Mentres fala decátase de que a sexualidade é unha constante, referindo que nunca pensara niso, nin se formulara ser vítima de todas estas situacións de abuso e maltrato, nin que estas experiencias tivesen relación coas súas dificultades.

Trabállase a boa relación que garanta a reconstrución de vínculos afectivos e a exploración dos sucesos traumáticos, tratando de que sinta a terapia como base segura onde poder enfrontarse a situacións que ata a el mesmo o sorprenden. Apóiase un proceso non de esquecemento senón de elaboración da experiencia sufrida, solicitando información sobre o suceso abusivo e as súas circunstancias, recoñecemento do feito no plano cognitivo e emocional (para traballar este obxectivo atendemos ós mecanismos de defensa e manifestacións de rabia), diminuindo as distorsións cognitivas (manexo da culpa), analizando o impacto emocional (relación afectiva co agresor,

“círculo da agresión”), abordando a psicopatoloxía como efecto do abuso e intentando respectar en todo momento os tempos do paciente, para que se sinta tranquilo e protexido na terapia. Aproveitando que lle gusta escribir, as tarefas para casa son por escrito, traballando coma se se tratase dunha investigación sobre a súa vida. El mesmo ofrécese a preguntar á familia recordos que ten esquecidos. Trae unha libreta que é a depositariados recordos, na que anota tamén o que quere falar nas sesións. Na actualidade as citas son máis espalladas, o paciente diminuíu a actividade sexual, e aínda que segue tendo relacións dentro do mundo do consumo (e a maioría pagando), eliminou as condutas sexuais desprotexidas. Algúns destes encontros sexuais foron acompañados de consumo dalgunha substancia (alcohol ou cocaína), se ben se tratou de consumos puntuais. Apuntouse a un ximnasio e vai asiduamente a nadar, mellorando así o seu autocoidado e a posibilidade de ampliar o círculo social. Espontaneamente chegou a formular que se lle fixeron dano a el lle poderían facer dano a outros nenos e presentou unha denuncia ante as forzas de seguridade do estado, aínda sendo informado de que o delito prescribira e que non obtería ningún beneficio nese sentido, que se guise adiante podemos interpretalo como unha conduta de protección doutros. As súas condutas dramáticas e as chamadas de atención desapareceron, e as súas manifestacións emocionais son máis contidas. Aínda non se recuperou dos gastos do pasado pero parece manexar o diñeiro máis prudentemente, mesmo o investir en solucionar certos temas legais atascados. A maior dificultade segue sendo o ter relacións sociais normalizadas e sentirse querido.

6 Conclusións

Neste caso tratouse un paciente que acudía por problemas aditivos e graves consecuencias previsiblemente derivadas destas adiccións, con condutas impulsivas, gran desinhibición e escaso autocontrol, derivando a terapia cara ó tratamento dun trastorno por estrés postraumático a raíz de abuso sexual infantil e revictimización non manifestados previamente e que explicaría e condicionaría unha vida sexual dañina, un estilo de vida marxinal e un malestar emocional.

O impacto do ASI produce cambios de conduta a curto e longo prazo que encontramos no presente caso: xogo sexual precoz, masturbación compulsiva, promiscuidade, prostitución, comportamento hipersexualizado e consecuencias negativas como enfermidades de transmisión sexual (ETS), ansiedade, depresión, baixa autoestima, fracaso escolar, condutas autolesivas, alcohol, drogas, asertividade deficiente e falta de habilidades sociais unidas a sentimentos de inferioridade (Forno et al, 2001). Unha vez coñecida a situación de abuso sexual infantil (ASI) ó que se ve sometido o paciente e que el ten “esquecida”, é doado recoñecer os sinais doutros problemas diferentes ó consumo de substancias, como hipersexualidade, condutas sexuais desprotexidas, insatisfacción permanente, hipervigilancia ó rexeitamento, chamadas de atención e dramatismo, ou gastos excesivos e moi

superiores ás súas posibilidades económicas, que podíamos formular polos seus trazos de personalidade. Tamén os seus antecedentes familiares e persoais parecían suficientes para explicar a incapacidade que mostraba para avanzar no tratamento dun xeito constante, e tras coñecelos poderían axudar a explicar a pouca supervisión desta familia multiproblemática ás condutas dos fillos, que é característica dos nenos abusados.

O realizar un tratamento grupal como Unidade de Día ó mesmo tempo que en terapia individual se afonda en traumas non resoltos, potencia a axuda terapéutica tanto ó reforzar o tratamento individual como ó amplificar as ferramentas que necesita o paciente, tendo tempo e espazo para aprender e practicar técnicas de control de ansiedade, como a relaxación ou o manexo de pensamentos, para relacionarse cos demais, a través das habilidades sociais, por exemplo, ou exercicios para a mellora da autoestima, pero tamén para controlar a súa situación de risco fronte ó consumo de substancias, a ludopatía, as relacións sexuais ou internet, e mesmo para control de gastos. Este programa proporciona unha estrutura e unha orde inexistentes na súa vida que, aínda que lle supoñen realizar un grande esforzo, el busca activamente para conseguir unha estabilidade.

O tratamento do Abuso Sexual serviulle para poder entender comportamentos, para recordar e poñer no seu sitio os recordos, pero tamén para parar de danarse, reducir o risco de infección a outras persoas, e mesmo poder colaborar en que non se seguise abusando doutros nenos. As chamadas de atención desapareceron, así como as mostras de desinhibición, ó mesmo tempo que aumentaron as condutas de autocoidado. Consideramos importante ter presente o abuso sexual no tratamento das drogodependencias, pois aínda que se sospeita da súa existencia e relación en distintos estudos (Pérez, Lara e González, 2010), podería estar infradiagnosticado, interferindo na axeitada evolución dos pacientes. Ó ampliar o foco da terapia puidéronse fortalecer os obxectivos e as consecuencias observadas no paciente, tanto a nivel conductual como emocional, cognitivo e de relación.

BIBLIOGRAFÍA

Carou, M., Romero, E., y Luengo, M. Á. (2013). Patrones de consumo y variables de personalidad en drogodependientes a tratamiento. *Revista española de drogodependencias*, (3), 217-232.

Del Río, F. P., y Guardiola, M. M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 144-149.

Díaz, J.A., Casado, J., García, E., Ruiz, M.A., y Esteban, J. (2000) Atención al maltrato infantil desde salud mental. Madrid: Instituto madrileño del menor y la familia, Consejería de Servicios Sociales.

Frei, A., y Rehm, J. (2002). The prevalence of psychiatric co-morbidity among opioid addicts. *Psychiatrische Praxis*, 29(5), 258-262.

Grasmick, H. G., Title, C. R., Bursik, R. J. y Arneklev, B.J. (1993) Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5-29.

Horno, P., del Molino Alonso, C. y Santos, A. (2001). Abuso sexual infantil: Manual de Formación para Profesionales. Madrid, Save the Children.

Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En J. Casado, J. A. Díaz y C. Martínez (Eds.), *Niños maltratados* (pp. 177-182). Madrid: Díaz de Santos.

Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 365-278.

Schottenfeld, R., Carroll, K., y Rounsaville, B. (1993). Comorbid psychiatric disorders and cocaine abuse. *NIDA research monograph*, 135, 31-31.

Zuckerman, M., Eysenck, S. y Eysenck, H. J., (1978). Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.

Nº7 Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde
do COPG

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es



EL MIEDO

Salvados por el miedo

Raquel Lagares

La torre de Maiden y otras historias:
de como los miedos de los padres influyen en
la crianza y en el desarrollo de los hijos

Raquel E. San José y Pilar García

La permanencia de una pareja en base al miedo

Daniel Latorre

Los Miedos del Terapeuta: abordaje desde el psicodrama

Marisol Filgueira

Miedo en la Residencia

Cristina Alonso, Carlos Losada y Almudena Campos

El miedo y las artes

Luis Vila

HERRAMIENTAS

La técnica de Exposición en la terapia de las fobias:
venta, compra y servicio de reclamaciones

Carlos Álvarez

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1:

Evaluación Neuropsicológica e intervención
psicoterapéutica en un caso de status epiléptico:
adaptación a la enfermedad y familia

Sabela Bermúdez y Alicia - ?/ - 9

Caso clínico 2:

Personalidad, sexo, droga y smartphone

María Carou

Nº7 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

Consejo Editorial

Francisco Javier Sardiña Agra, Presidente
 Delia Guitián Rodríguez, Vicepresidenta
 José Eduardo Rodríguez Otero, Secretario
 Luis Carlos Álvarez García, Tesoureiro
 Alicia Carballal Fernández, Vogal
 Rosa Cerqueiro Landín, Vogal
 Mercedes Fernández Cabana, Vogal
 Ignacio Dopico González, Vogal
 Dolores Mosquera Barral, Vogal

Consejo de Redacción

Marta González Rodríguez (Directora)
 Adalberto Iglesias Doval,
 Noelia Pita Fernández,
 Patricia Tamara Rego Ribeiro
 Xacobe Fernández García
 Laura López López
 Delia Guitián Rodríguez

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados. Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo Editorial.

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
 Espiñeira, 10 baixo
 15706 Santiago de Compostela
 Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
 www.copgalicia.es copgalicia@cop.es

Diseño y maquetación

ekinocio comunicación

Ilustración de portada

"When Life is Young: a collection of verse for boys and girls"
 de Mary Elizabeth Dodge, 1894 Nova York

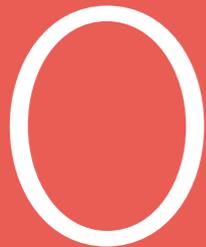
ISSN: 2444-6653.

- 4 Presentación
 - 6 Salvados por el miedo
RAQUEL LAGARES
 - 13 La torre de Maiden y otras historias:
de como los miedos de los padres influyen en la
crianza y en el desarrollo de los hijos
RAQUEL E. SAN JOSÉ Y PILAR GARCÍA
 - 28 La permanencia de una pareja en base al miedo
DANIEL LATORRE
 - 34 Los Miedos del Terapeuta: abordaje desde el psicodrama
MARISOL FILGUEIRA
 - 50 Miedo en la Residencia
CRISTINA ALONSO, CARLOS LOSADA E ALMUDENA CAMPOS
 - 56 El miedo y las artes
LUIS VILA
-
- HERRAMIENTAS**
- 66 La técnica de Exposición en la terapia de las fobias:
venta, compra y servicio de reclamaciones
CARLOS ÁLVAREZ
-
- CASOS CLÍNICOS**
- 81 Evaluación Neuropsicológica e intervención
psicoterapéutica en un caso de status epiléptico:
adaptación a la enfermedad y familia
SABELA BERMÚDEZ E ALICIA CARBALLAL
 - 89 Personalidad, sexo, droga y smartphone
MARÍA CAROU

EL MIEDO

“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls”, ilustración de Mary Elizabeth Dodge, 1894 Nueva York.





PRESENTACIÓN

“La lección más importante que puede aprender un hombre en la vida no es que en el mundo existe el miedo, sino que depende de nosotros sacar provecho de él y que nos está permitido transformarlo en valor”

TAGORE

Estrenamos nuevo consejo de redacción con este número y en el hemos querido volver a la tónica de los Anuarios iniciales, eligiendo un tema central del que tratamos de dar varios ángulos de visión que inviten a la reflexión.

Añadimos un par de puntos nuevos que pretendemos mantener en futuras ediciones: el apartado “Herramientas”, en el que se habla de una técnica concreta de intervención relacionada con el tema central, y el apartado “Casos Clínicos”, que es de participación abierta para cualquier socio de la Sección, que quiera compartir su trabajo en este formato.

Y ahora pensando en esta presentación, me doy cuenta que quizás el tema elegido no sea casualidad si partimos de ese contexto de nueva andadura de equipo... EL MIEDO.

Cuando le explico a mis sobrinos de 4 y 6 años a que me dedico recurro al miedo: *“ayudo a las personas con sus miedos”*. Simple, pero se ajusta bastante a la realidad. El miedo, esa emoción básica y universal, es básica también en nuestro trabajo. Y no sólo porque las quejas relacionadas con la ansiedad sean nuestro principal motivo de consulta hoy en día, sino porque el miedo es transversal a muchos de los problemas que tratamos en la consulta: miedo a dañar, miedo a perder, miedo a no volver a ser el mismo, miedo... a tener miedo, o a no tenerlo, porque sin miedo quizás tampoco habría cambio. Y justo así comenzamos a pensar en el miedo.

Buscando ese lado más amable del miedo, Raquel Lagares en *“Salvados por el miedo”* nos habla del miedo como una herramienta de reflexión y una vía para el crecimiento, no sólo para el individuo sino para la sociedad en general.

La mirada desde la clínica de la infancia aparece en el artículo *“La torre de Maiden y otras historias: de como los miedos de los padres influyen en la crianza y en el desarrollo de los hijos”*, Raquel E.

San José y Pilar García dan un enfoque diferente del miedo en la infancia, poniendo el foco en las angustias paternas y la influencia de éstas en el desarrollo de los niños y chicos.

Daniel Latorre no habla en *“La permanencia de una pareja en base al miedo”* de como el miedo nos lleva a mantenernos en situaciones relacionales pese a la infelicidad, y las dinámicas que se crean.

En un intento de autorreflexión, nos asomamos también a los miedos del terapeuta. Buscando para eso, dos enfoques: el de la experiencia, en el artículo de Marisol Filgueira *“Los Miedos del Terapeuta: abordaje desde el psicodrama”*; y el del terapeuta noble en el artículo de Cristina Alonso, Carlos Losada y Almudena Campos: *“Miedo en la Residencia”*. Para la reflexión personal queda si cambian mucho o no dichos miedos, si nosotros somos los suficientemente buenos para exponernos tal e como le pedimos a nuestros pacientes y, quizás, la oportunidad de reconciliación con alguno de esos miedos, por lo que nos aportan en nuestro trabajo.

Y, como toda emoción básica necesita ser comunicada y compartida para ser integrada, incluimos un enfoque más cultural, haciendo un repaso de las representaciones del miedo en cada una de las siete artes. Luis Vila se encargase de esta mirada en *“El miedo y las artes”*.

En este número, como no podía ser de otra manera, en el apartado *“Herramientas”*, hablamos de la Exposición. Carlos Álvarez nos acerca esa visión práctica en *“La técnica de Exposición en terapia de las fobias: venta, compra, y servicio de reclamaciones”*.

El número termina con dos Casos Clínicos: Sabela Bermúdez y Alicia Fernández en *“Evaluación Neuropsicológica e intervención psicoterapéutica en un caso de status epiléptico: adaptación a la enfermedad y familia”* desgranar la intervención realizada y subrayan la importancia de los abordajes integrales y ecológicos en la rehabilitación neuropsicológica en Daño Cerebral. Por otro lado, María Carou en *“Personalidad, sexo, droga y smartphone”*, partiendo de un caso complejo reflexiona sobre la relación entre un trauma no detectado y las conductas autodestructivas en las drogodependencias.

Y a mí, me gustaría acabar esta presentación agradeciendo a todos los que hicieron posible este trabajo, principalmente a los autores y a mis compañeros de equipo de redacción que aceptaron mi invitación sin (mucho) miedo.

1

“Mi miedo es mi sustancia y,
probablemente, lo mejor de mí mismo”.

FRANZ KAFKA

SALVADOS POR EL MIEDO

Raquel Lagares Rodríguez
PSICÓLOGA CLÍNICA

Resumen: A lo largo de este trabajo se intenta dar a conocer otra de las caras del miedo: la que nos enseña sobre nosotros mismos y la sociedad en la que habitamos; la que motiva y moviliza para el cambio, la creatividad y el establecimiento de vínculos.

Palabras clave: miedo, vínculo, cambio, sociedad.

Abstract: Saved by fear.

Throughout this paper we attempt to present another face of fear: the one that teaches us about ourselves and the society we inhabit; the one that motivates and mobilizes people for change, creativity and establishing links.

Keywords: fear, link, change, society.

Temor, preocupación, ansiedad, inquietud, angustia, aprensión, terror, canguelo, susto, pánico, fobia, espanto, desasosiego, horror, pavor, incertidumbre... la familia del miedo es extensa. Asustar, alarmar, sobresaltar, atemorizar, amedrentar, intimidar, acobardar, amilanar, aterrar, espantar, horrorizar, horripilar... variadas sus acciones. Denominado pasión, afecto, emoción o sentimiento en lo que sí coinciden los numerosos autores que se han ocupado de este tema es en que el miedo acompaña a la humanidad desde sus orígenes y, al individuo, desde su cuna. Pero el miedo no constituye, únicamente, un fenómeno biológico (¿existe algo, a estas alturas, que lo sea ya?), lo es también psicológico, social, cultural y político. De su estudio se han ocupado filósofos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos, economistas, políticos por no hablar de su influencia en el cine, la literatura y las artes. Tal vez los “artistas de la ansiedad”, como llamaba Truffaut a Kafka, Dostoievsky, Poe y Hitchcock, no puedan ayudarnos a vivir (¿o tal vez sí?) pero al hacer de sus miedos y obsesiones el material de su trabajo y compartirlo con nosotros pueden ayudarnos a conocernos mejor, objetivo fundamental de la obra de arte.

¿Tendrá algo bueno esto del miedo? A lo largo de las lecturas que he realizado para ayudarme en la composición de este artículo nadie parece dudar del valor del miedo como emoción imprescindible para la supervivencia de la especie y su función protectora ante situaciones objetivamente peligrosas y amenazantes para nuestra integridad física. En la mayor parte de los textos, tras esta benevolente introducción, comienza una cascada de acusaciones sobre el miedo y sus efectos negativos, sobre su uso para la dominación y la explotación, para el prejuicio y la exclusión, para la inmovilidad y la desunión. Sin negar este aspecto, es mi intención aquí centrarme en lo primero, expresar su aspecto más positivo, motivacional, movilizador, relacional, generador de cambios, indicador de objetivos y en su potencial creativo.

Una de las clasificaciones que se ha hecho de las emociones es la de dividir las en positivas o negativas. Pero, ¿por qué una emoción, de por sí, tendría que ser positiva o negativa? Creo que lo perjudicial de una emoción sería el hecho de quedar atrapado por ella, en ella. Y que no se adaptara al contexto y la relación en la que surge. Porque el miedo nos pone en relación: con nosotros, con un objeto, con una persona, con un grupo, con el mundo. No es sólo una forma de hablar del mundo sino de ser en el mundo, de implicarse en el mundo. Robert M. Gordon clasifica las emociones en fácticas y epistémicas. Las primeras son provocadas por hechos ya ocurridos. Las segundas derivan de una incertidumbre. El miedo pertenecería a este grupo, predispone a actuar de alguna forma. La incertidumbre de la que se alimenta el miedo pone de relieve la vulnerabilidad característica de los seres humanos. La acción motivada por el miedo tratará de evitar ese estado de vulnerabilidad e indefensión (Camps, 2011).

Citando a Tizón (1998) "...según numerosos etólogos y según algunos psicoanalistas y psicólogos dinámicos, la tendencia a experimentar miedo ante lo que llamaremos indicios naturales del peligro ha de entenderse como connatural al hombre. Todas estas respuestas de ansiedad preprogramadas lo son ante señales o estímulos potencialmente peligrosos, pero no intrínsecamente peligrosos () tales manifestaciones de ansiedad en esas situaciones y entre ellas la que nos ocupa más directamente (la soledad, la pérdida del objeto o, mejor dicho el peligro de), no pueden ser consideradas ni "fobias" ni "infantiles", ya que son comunes en la infancia y permanecen, más o menos, atenuadas hasta la senectud. habría que preguntarse si no es más "patológica" la actitud y representaciones mentales de quien no siente nunca conscientemente ansiedad ante la soledad o el peligro de ella, la del self-made-man la del personaje individualista e insolidario, la del autosuficiente, que las conductas y representaciones mentales de la persona dependiente que muestra a menudo su necesidad del otro".

El cuento "Juan Sin Miedo" de los hermanos Grimm ("El cuento de uno que salió a aprender el miedo", sería la traducción literal del título, ¡qué diferencia con algunos de los cuentos actuales en los que se suele tratar de desaprender el miedo o hacer del mismo un espectáculo! Considerarlo algo de lo que deshacerse -muy psicología positiva, muy autoayuda- o hacer de ello un simulacro -tomándome la licencia de apropiarme de Baudrillard), dice Bettelheim (1977), trata de la necesidad de poder experimentar la sensación de miedo, condición previa imprescindible, para encontrar una satisfacción vital. Este Juan, con el que supongo estaría de acuerdo Tizón, reconoce que el no poder sentir miedo es un defecto. Sentir miedo es humano. Nos está hablando Juan de miedos que es necesario no ocultar, sentir, vivir, compartir, para poder alcanzar una satisfacción vital. Insinúa que bajo una ostentosa carencia de angustias pueden ocultarse temores a los que se ha negado el paso a la conciencia.

Otro cuentista que me viene a la cabeza es Maurice Sendak. En su cuento "Donde viven los monstruos", Max, protagonista de la historia, recorre una larga travesía para llegar al país de los



Ilustración H.J. Ford para "Xan Sin Medo", 1889

monstruos y hacerse el rey de todos ellos. En sus libros, Sendak, no oculta a los niños de sus miedos ni los intenta convertir en algo infantil. Los enfrenta con ellos para que los vivan y se apropien de los mismos. Después Max regresa a su hogar “donde encontró su cena que aún estaba caliente”. Porque para salir a explorar se necesita una base segura a la que regresar. En este cuento asistimos a la lucha interna de Max para manejar sentimientos complejos como la rabia el miedo y la soledad: “Queremos proteger a nuestros niños de nuevas y dolorosas experiencias que están más allá de su comprensión emocional y que les producen ansiedad. Pero lo que se ignora demasiado a menudo es el hecho de que desde la más temprana edad los niños conviven con emociones perturbadoras, que el miedo y la ansiedad son parte intrínseca de sus vidas, que continuamente sobrellevan la frustración como mejor pueden. Y es a través de la fantasía que los niños alcanzan la catarsis. Es la mejor forma que tienen de domar las cosas salvajes.”, en palabras del autor.

Ya desde la infancia la manera en la que expresamos nuestros primeros miedos ante la separación (y digo miedo porque el objeto que crea la ansiedad parece lo suficientemente claro) y la manera en la que nuestros cuidadores responden ante esa expresión va configurando y conformando a nosotros mismos y nuestras relaciones. Recientemente leía una entrevista en la que Guillermo del Toro, director de películas de terror y fantasía, en donde tras definir el miedo como “una emoción bellísima, poética y sublime” afirmaba que “Aprendí el verdadero significado del miedo cuando me convertí en padre”. Sentir miedo por el otro. El miedo nos hace conscientes de nuestra fragilidad o, porque somos frágiles tenemos miedo. El miedo (las emociones, los sentimientos) siempre remite a una relación, a un vínculo: con nosotros mismos, con los otros, con la sociedad.

Miedo y seguridad, miedo y esperanza parecen ir siempre juntos. No se trata de aspirar a un mundo libre de miedos (algo imposible y, por otra parte, poco deseable) sino a un espacio en donde nuestros miedos sean lo más manejables y fructíferos posibles. Para ello es condición ineludible nombrarlos. Después de ponerles cara se puede pensar en el cambio, la estrategia, la acción. ¡No tengáis miedo! (primeras palabras de Juan Pablo II tras ser elegido Papa) no parece ser lo más apropiado para explorar y resolver esta emoción sino ¿a qué tenéis miedo? Muchos postulan el nacimiento de las religiones como una de las maneras de conjurar el miedo de los hombres (y, a la vez, de atemorizarlos). No se puede negar la gran riqueza cultural y artística procedente de las religiones y lo mucho que nos pueden contar acerca de la humanidad. En el mundo griego (allá por el VII-VI a.C.) tuvo lugar el llamado paso del mito al logos. Se pasó, gradualmente, de una explicación de la naturaleza y la sociedad basada en los mitos a una explicación basada en la razón. Pero el logos tampoco está libre de miedos. Y el Siglo de las Luces tampoco logró disipar las sombras que acompañan al ser humano.

El miedo no es una emoción placentera, excepto cuando es buscada en los deportes de riesgo, en la contemplación de obras de arte, en la literatura, en el cine una emoción, una excitación, buscada

WHERE THE WILD THINGS ARE



STORY AND PICTURES BY MAURICE SENDAK

Portada del libro “Where Wild Things Are”,
Maurice Sendak, 1963

y controlada. La atracción del género de terror reside, precisamente, en que produce desagrado, repugnancia, miedo. No deja de ser curioso que el género de terror aparezca por primera vez en el siglo XVIII, que es la edad de la razón, como una especie de zona subterránea de la Ilustración. También nos gusta pasarlo de miedo.

Y, sin embargo, parece que decir “Tengo miedo” no goza de mucho prestigio. Como escribe Delumeau “a pesar de su carácter natural, el miedo ha sido durante mucho tiempo oculto, o culpabilizado por el discurso de nuestra civilización así, la historia del miedo es también la de su culpabilización en contextos culturales que valoran prioritariamente la valentía militar”. Relata este autor como el miedo se ha asociado a la cobardía o “a la evidencia de un nacimiento bajo”, parecería que se quiere silenciar el miedo, relegarlo a un mero fenómeno individual, reducirlo a un defecto de carácter. Durante siglos el miedo se consideró propio de ignorantes y alimento de todo tipo de supersticiones. Para otros autores (Reguillo, 2000) “el miedo se libra hoy de la vergüenza y parece constituirse en la única emoción capaz de acercar la salvación. Miedo de los ejércitos disfrazados de corderos, pero sobre todo, miedo de no experimentar el miedo salvador y quedar expuesto, sin amuletos, ante las fuerzas enemigas”. El miedo como algo necesario para agudizar los sentidos, descubrir que peligro real se esconde tras el disfraz bajo el que se presenta, buscar estrategias, planificar, aumentar la sensación de fortaleza.

Además de la ya consabida función protectora (huida, ataque, pasividad) del miedo (de la apropiación de nuestros miedos, más bien) emergen otras posibilidades: el conocimiento de sí, la toma de conciencia sobre nuestros intereses y necesidades (Delumeau), el potencial humano, la creatividad, el paso a la acción, tanto individual como colectivo. Para Lechner (2002) nuestros miedos pueden llegar a ser productivos si contribuyen a traducir las carencias en tareas. El miedo no solo provoca que evitemos acciones y situaciones potencialmente peligrosas, también nos puede ayudar, movilizar para desarrollar proyectos y habilidades que enriquezcan nuestra vidas. Para bien (o para mal, aunque en este texto queremos ocuparnos del lado más luminoso del miedo) el miedo nos cambia y construye.

Según Kehl (2007) el miedo es una emoción que nos sitúa delante de lo desconocido, nos permite despertar nuestra curiosidad y la disposición al coraje superando, de esta forma, su mera función conservativa de nuestra supervivencia, posibilitando la expansión de nuestras pulsiones vitales. El despertar de la creatividad, del cambio, necesita de una carencia, de una incertidumbre. En la misma línea Mier (2008) “y, paradójicamente, el miedo, al someter al sujeto a la fuerza disruptiva de intensidades que rebasan los umbrales de lo propio, suspende las determinaciones de lo cotidiano y revela la fuerza de las determinaciones y furios íntimos. El miedo aparece entonces con otra máscara. Se ofrece como una vía del conocimiento de sí” Desde la Antropología nos hablan del miedo como elemento de los ritos de paso, del temor como prueba de iniciación. Sólo el que la

“el miedo se libra hoy de la vergüenza y parece constituirse en la única emoción capaz de acercar la salvación”

afronta con éxito es reconocido como miembro de la sociedad. El miedo es socializado y adquiere una función: el vivirlo y superarlo se convierte en criterio diferenciador entre el mundo infantil y el adulto. Nuestros miedos nos definen, no deben de ser ignorados o temidos sino estudiados. En ocasiones nos señalan aquello de lo que debemos apartarnos, en otras son la brújula que señala nuestras necesidades. El miedo como un puente entre el anhelo y el deseo. En ocasiones “Temes lo que deseas” apuntaba el marginal Groddeck.

Corey Robin (2009) se centra en el contenido político del miedo, lo entiende como una fuerza conservadora para proteger los privilegios de unos grupos sobre otros, una barrera hacia la injusticia y desigualdad. El problema radica en que las sociedades aglutinadas bajo su paraguas han de ser capaces de discernir los conflictos reales sobre la injusticia y desigualdad de los que el miedo es sólo un síntoma. Como dice Bauman (2007) “El miedo es más temible cuando es difuso, disperso, poco claro; cuando flota libre, sin vínculos, sin anclas, sin hogar ni causa nítidos; cuando nos ronda sin ton ni son; cuando la amenaza que deberíamos temer puede ser entrevista en todas partes, pero resulta imposible situarla en un lugar concreto”. Muy frecuentemente, un miedo suele ocultar a otro. Ante una situación de crisis surgen por doquier los monstruos más temidos. El miedo se oculta bajo máscaras: hay que desenmascarar al miedo. Aparecería aquí el miedo como guía y herramienta para objetivar los problemas subyacentes de los que hacerse cargo. A las famosas citas “A nada temo más que al miedo” (Montaigne), “De lo único que debemos tener miedo es del propio miedo” (Roosevelt) les haría una pequeña variación “a lo que más temo es a no apropiarme de mis (nuestros) miedos”. Haciéndole un guiño a Oscar Wilde “La mejor manera de librarse del miedo es caer en él” (¿y no es esto lo que le proponemos a muchos de nuestros pacientes?). Cuando colectivos sociales se hacen cargo de sus temores y de lo que subyace a ellos pueden organizarse para convertirse en acción (15M, Plataforma AntiDesahucios, Afectados por las Preferentes, Gamonal, Mareas Blancas...). El temor disipa la comodidad, el quietismo y lleva al grupo a la movilización, al dinamismo. Y, así, el miedo cambia de bando. El miedo se convierte en arcilla social, en dinamizador del cambio. Para Le Breton (1999) “El hombre que piensa es un hombre afectado”. La emoción, en nuestro caso el miedo, deja de ser un proceso fisiológico individual e intransferible, se convierte en relación producto de una construcción social y cultural. Plantea la existencia de una cultura afectiva para explicar cómo los sentimientos son compartidos socialmente, cada sociedad tendría su forma de expresar y nombrar estos sentimientos. Esto no quiere decir que haya una determinación únicamente social, cada individuo elegirá cómo responder ante su grupo. Lo que me interesa destacar es que para Le Breton la afectividad es algo que está impregnando y transformando constantemente la relación del individuo y su mundo. La emoción es un modo de filiación a una comunidad social, de reconocerse, comunicarse y compartir la experiencia de una vivencia común. Parecería que los modos de expresar, ritualizar, comunicar los miedos y temores en ciertos sectores de la sociedad actual se estuvieran modificando.

La historia transcurre y el miedo permanece. Cambian los motivos pero permanece la emoción. Como recoge Mannoni es más interesante interpretar esta insistencia como que el miedo tendrá alguna función, algún sentido en la existencia de los grupos. El miedo como informador de esperanzas y desesperanzas, de las preocupaciones y necesidades. Los poderes públicos pueden observar los miedos de sus gobernados para enfrentarlos y buscar soluciones pero, de la misma forma (y más interesante me parece) “el miedo puede servir también, y con más vigor todavía, para poner de manifiesto las lagunas o excesos del poder político o religioso”. El miedo como indicador de la salud institucional. Pero también el miedo para hacer tomar conciencia de sí misma a una comunidad, para pasar de ser un conjunto de individualidades a una comunidad. Al compartir la misma inquietud en el mismo momento, la emoción compartida, acentúa la presencia de los otros que conocen y temen las mismas cosas, convirtiéndolos en aliados para superar los mismos riesgos. Al hilo de esto recuerdo una pequeña anécdota de mi infancia: poco después del atardecer, en la aldea donde pasaba parte del verano, había comenzado un incendio en un bosque cercano a la población. En pocos minutos todos los vecinos estábamos allí, colaborando, intentando sofocar el fuego. El miedo no sólo separa.

Siguiendo a Mannoni “no es nada asombroso comprobar que es también el miedo el que se encuentra en el origen de los movimientos populares, el que preside la rebelión, el que participa del aflojamiento de las tensiones políticas, el que se convierte en motor de la reivindicación social y la lucha”.

El miedo es un sentimiento que cuando es activado puede presentar una capacidad extraordinaria para promover modificaciones en los comportamientos y hábitos individuales y colectivos, en la manera de percibir y relacionarse con el mundo. A parte de los mitos, tradiciones orales, religiones que han servido para conjurar los temores humanos a lo largo de la historia, también debemos de agradecer al miedo su aportación al progreso de los avances científicos y tecnológicos, sanitarios y de protección social, en la elaboración de leyes pero muchos de estos logros pensados para nuestra protección y supervivencia también generan sus temores: lo que puede usarse para proteger también puede usarse para la destrucción y el ataque.

Lo creado gracias a y para superar el miedo genera, a su vez, nuevos miedos. ¿Cuál debe de ser el papel del miedo en una sociedad del riesgo? Para Hans Jonas (1979), que se centra, sobre todo en las catástrofes ecológicas y en el riesgo de la desaparición de la raza humana por este avance científico-tecnológico, el temor se convertiría en el deber preliminar de una ética de la responsabilidad histórica. Como ya comentamos anteriormente, desde la Ilustración, al menos, frecuentemente el miedo se ha asociado con la ignorancia y la superstición, se ha visto como una herramienta en manos del poder para la dominación y represión de los gobernados. Pero Jonas habla del “Principio de responsabilidad” para referirse a la postura que debemos tomar ante el

“el miedo puede servir también, y con más vigor todavía, para poner de manifiesto las lagunas o excesos del poder político o religioso”

avance imparable y transformador de la biotecnología y, en esta postura le da un lugar al miedo que invita a actuar, un temor que conduciría a la responsabilidad. Propone este autor una heurística del miedo en donde el motor de la responsabilidad vivida y sentida es el miedo; la representación de lo negativo puede ser más importante que el convencimiento racional. El miedo a perder lo que tenemos hace que nos ocupemos de ello, que nos volvamos responsables. Sólo anticipando las posibles consecuencias negativas pondremos en práctica la responsabilidad. ¿Qué le sucederá a eso si yo no me ocupo de ello? Para Jonas “La heurística del miedo no tiene seguramente la última palabra en la búsqueda del bien, es, no obstante, una primera palabra extraordinariamente útil”.

He hilvanado este artículo siguiendo el hilo del miedo, centrándome en lo que puede unir y crear, en los vínculos que puede entrelazar. Un hilo difícil de seguir constantemente cortado por la, también, innegable capacidad destructora y paralizadora de esta emoción. Entre puntada y puntada, para hacerme una idea de lo que se transmite sobre el miedo, me he dedicado a escribir “miedo” en los buscadores de varios periódicos digitales para comprobar que tonalidad imperaba en los titulares: muchos hacen referencia a una sociedad paralizada por el miedo; otros critican las estrategias políticas del uso del miedo; en otros se hace referencia al miedo del gobierno ante las movilizaciones sociales traducido en leyes más restrictivas; al miedo entre políticos de la misma o distinta ideología; alpinistas, marinos y reporteros de guerra afirmando que están vivos gracias al miedo; personas con el diagnóstico de alguna enfermedad grave afirmando que el miedo les hace estar más alerta; futbolistas afirmando no tener miedo a nada; profesionales varios matizando que no tienen miedo sino respeto, artículos de psicología dando pautas de cómo deshacerse de los miedos; del miedo a la policía, a los jueces.... Varios titulares llamaron mi atención, entre ellos elijo el siguiente: en octubre del año pasado un ministro de este país afirmaba: “se está perdiendo el miedo a perder el empleo” para después reconocer que, todavía, no se puede aspirar a un empleo mejor. Si nos apropiamos de nuestros miedos, les damos nombre, tal vez, tengamos la oportunidad de llevar a cabo una acción reflexiva, creadora, consciente. De permitir que se apropien de nuestros temores solo podemos esperar la coacción. El miedo tiene algo que enseñarnos.

BIBLIOGRAFÍA

Camps, V (2011) El gobierno de las emociones. Herder: Barcelona.

Delumeau, Jean, et al. El miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural. Medellín, Colombia: Corporación Región, 2002.

Jaidar Matalobos, Isabel, comp. Los Dominios del miedo. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, 2002.

Kehl, M.R. (2007) Elogio do medo en Ensaio sobre o medo (comp. A. Novaes). Sao Paulo: Editora Senac.

Le Breton, D (1999) Las pasiones ordinarias. Nueva visión: Argentina

Mannoni, Pierre. El miedo. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.

Maximiliano E. Korstanje (2012): “Virilio, Elias y Robin. Terrorismo, Guerra y Temor”, en Revista europea de historia de las ideas políticas y de las instituciones públicas, 3, 13-25.

Mier, R. (2008) Políticas y estéticas del miedo: las afecciones crepusculares. Revista Trama, 30, 11-58.

Reguillo, R. (2000). Los laberintos del miedo. Un recorrido para fin de siglo. *Revista de Estudios Sociales*, 5, 63-72

Tizón, J. (1988) Apuntes para una psicología basada en la relación. Hogar del libro: Barcelona.

Walton, S. (2005) Humanidad: una historia de las emociones. Taurus.

2

LA TORRE DE MAIDEN Y OTRAS HISTORIAS: DE COMO LOS MIEDOS DE LOS PADRES INFLUYEN EN LA CRIANZA Y EN EL DESARROLLO DE LOS HIJOS

Raquel E. San José
PSICÓLOGA CLÍNICA. CO-DIRECTORA
DEL CENTRO DE PSICOTERAPIA
AGARIMO, PONTEVEDRA

Pilar García Cortázar
PSIQUIATRA DE LA USMIX DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO DE
PONTEVEDRA

Resumen: En este artículo hemos tratado de representar los miedos que los padres sufren en la crianza de sus hijos en las distintas etapas de su vida, desde el momento del embarazo hasta la adolescencia considerando también la etapa de la primera infancia y etapa escolar, deteniéndonos en las características específicas de cada momento evolutivo. Se analizan no sólo los temores de los padres, sino también las consecuencias y manifestaciones sintomáticas de ello en el desarrollo de los hijos, tratando de ejemplificarlo a través de viñetas clínicas.

Palabras clave: miedos, crianza, etapas evolutivas

Abstract: In this article we have tried to reflect the fears that parents suffer in their children's rearing in their different life stages from pregnancy to teenage, also considering infancy and schoolage, stopping at the specific features of each evolutive stage. We analyze not only the parent's fears, but also its consequences and symptomatic manifestations in the children's development trying to exemplify it through clinical cases.

Keywords: fears, rearing, evolutive stages.

Cuenta una leyenda que un sultán turco tenía una hija y un oráculo interpretó que moriría por la mordedura de una serpiente venenosa en su 18 cumpleaños. Con el fin de impedir esta profecía, el sultán decidió ubicarla lejos de la tierra para mantenerla alejada de las serpientes. Ordenó construir una torre en el centro del Bósforo, la Torre de Maiden, a fin de colocar allí a su hija hasta después de su cumpleaños número 18. La princesa fue ubicada en la torre y sólo su padre la visitaba con frecuencia. En su cumpleaños número 18, el sultán le llevó una cesta de frutas como regalo de cumpleaños. El sultán estaba encantado por haber sido capaz de evitar la profecía; sin embargo, cuando la joven princesa se acercó a la canasta, una serpiente que se había escondido entre los frutos la picó y ella murió en los brazos de su padre. Así, finalmente, la profecía del oráculo se convirtió en verdad.

Esta leyenda ilustra los miedos fundamentales que los padres enfrentan en el cuidado de sus hijos, el temor a que algo terrible les suceda y el temor a no ser suficientemente buenos para ellos. Estas emociones nublan el entendimiento,

en esta leyenda hasta tal punto que generan una reacción de sobreprotección extrema, ignorando los sentimientos de la princesa que permanece aislada, y generando una profecía autocumplida.

La mayoría de los estudios sobre la psicopatología de los niños se centran únicamente en el niño, en un planteamiento unidireccional. Sin embargo, resulta fundamental considerar la forma en la que los padres viven la relación con su hijo y las repercusiones que ésta puede tener en el funcionamiento psíquico del niño.

Desde el momento que una pareja se plantea tener un hijo surgen en ellos temores arcaicos que como padres deben manejar; según las defensas que puedan desplegar así será su afrontamiento de la paternidad; no podemos olvidar que los padres son personas que tienen su personalidad, su historia de vida, arrastran sus miedos particulares, etc. En la mayoría de los padres existe una compulsión a atribuir al niño todas las perfecciones y de ocultar y olvidar todos sus defectos. Pero los fantasmas y roles imaginarios inconscientes de los padres determinan la representación de sí mismos y las conductas que tienen con sus hijos en el sentido más general del término: actitudes y actuaciones verbales y no verbales, muestras de afecto, omisiones... No siempre captamos al detalle estos mecanismos en una situación determinada, pero la experiencia terapéutica nos muestra a menudo comportamientos relativamente simples en un padre que acompaña a sus proyecciones e identificaciones y que tiene repercusión directa sobre su hijo.

El miedo a que algo terrible suceda o el miedo a no ser lo suficientemente buen padre/madre para mi hijo se concretan en distintas expresiones conductuales, que varían según el momento evolutivo. En este artículo intentaremos describir algunas de las formas que toman estos miedos, al menos las más comunes.

Durante el **embarazo** las madres experimentan muchos temores ante los cambios que van a suceder. La futura madre atraviesa una crisis madurativa, debiendo renegociar sus experiencias infantiles en relación a figuras significativas, particularmente sus padres, así como sus propias experiencias como bebé y niña. Un proceso similar sucede en relación al bebé real y a la representación interna del bebé; finalmente hay un nuevo trabajo que incluye revisar la relación con su propio padre y la integración del papel del marido o compañero.

El embarazo se acompaña de un estado de tumulto emocional y una accesibilidad aumentada a los procesos inconscientes, reapareciendo ansiedades primitivas, como el miedo a perder la propia identidad, o el miedo a dañar al feto, que requieren un proceso de elaboración y contención, con la desintegración parcial de las habituales estructuras defensivas y el restablecimiento de una nueva organización defensiva.

En este proceso, en la mayoría de las culturas la mujer se vuelve hacia su propia madre o la familia extensa en busca de ayuda, y dado que en nuestra sociedad actual esto no siempre es posible, se



“Lilliput lyrics”, ilustrado por Chas Robinson, 1889

podría a través de este mecanismo explicar la proliferación y ávida lectura que hacen las mujeres gestantes de las revistas acerca del embarazo, así como las reuniones y conversaciones entre ellas, con un importante valor preventivo. Esto va generando una capacitación en su nuevo papel de madre.

El temor fundamental al que se enfrenta la futura madre es el temor a la muerte del bebé que va a nacer, a sufrir un aborto, a que sus hábitos no sean lo suficientemente saludables para el adecuado desarrollo de su hijo, temores que debe negociar a nivel emocional. En este sentido son muy frecuentes las consultas médicas en relación a la alimentación. Una mujer embarazada consulta con urgencia por el terror a generar problemas en el desarrollo de su hijo al haber suprimido el pescado de su dieta, ha buscado los efectos en el feto y se le representa en su mente la imagen del cretinismo, efecto grave del hipotiroidismo congénito (falta de Iodo cuya principal fuente es el pescado), miedo que se calma y desaparece ante la escucha empática y tranquilizadora de su médico; resulta una forma adaptativa de conjurar estos temores. También es común el temor a dañar al futuro hijo habiendo fumado un cigarrillo, bebido alguna copa o por haber mantenido relaciones sexuales. Este temor también se expresa en la tensión que acompaña la consulta de revisión del embarazo, la mujer expectante ante la cara del ginecólogo, interpretando cualquier gesto del médico como referido a ella, esperando la confirmación de que todo va bien. La palabra y el cuidado del médico son muy necesarios para el cuidado emocional de la futura madre.

Otro gran temor es ante el momento del parto, miedo inicialmente a no identificar las señales que avisan de un parto inminente, de no llegar a tiempo; posteriormente miedo en la evolución del mismo. Uno de los recursos más sanos que tienen las futuras madres es el compartir con otras madres, con los profesionales sanitarios sus miedos, esta puesta en palabras en común tiene un gran valor preventivo.

Los padres afrontan también diversos miedos, miedos que, a diferencia de las mujeres, generalmente no comparten con nadie. Los varones suelen dirigir sus preocupaciones a los cuidados de protección física y provisión económica, preocupación de si serán capaces de proteger a su familia y mantenerles económicamente. Los padres afrontan de forma diferente a las madres los cuidados médicos, éstas los esperan con impaciencia, llegan a establecer una relación de dependencia de su ginecólogo, cuya consultase convierte en un lugar seguro; mientras que ellos no están acostumbrados a esta consulta, se sienten abrumados, avergonzados e inhibidos, temen no estar a la altura de las circunstancias en el momento del parto, temen desmayarse o marearse cuando vean el proceso del parto; no resulta infrecuente el abandono de la sala de partos de los padres verbalizando tener hambre o sed, el enfascamiento en los crucigramas... En el momento del parto el padre se enfrenta al miedo a perder al bebé y al miedo a perder a su pareja. Típicamente lo primero que dicen los padres cuando salen de la sala de partos es “el bebé y mi esposa están bien, es una niña”, lo segundo “no me he mareado y no he tenido problemas”.

Durante **el primer año del bebé** la representación de los temores de desaparición/daño del bebé, engranado con el temor de no ser “la mejor madre”, se expresa muy comúnmente en la frecuente asistencia a consultas médicas urgentes con una demanda imprecisa y a veces francamente reivindicativa por síntomas como cólicos del lactante, fiebre de 1-2 horas de evolución, estreñimiento de menos de 24 horas..., síntomas que no constituyen una urgencia real, sino una urgencia percibida por la familia. Estos padres enfrentan malestares comunes, pero están dominados por los contenidos ansiosos y pensamientos tan arraigados como que “puede pasar algo malo, que se puede morir, que es mejor prevenir que curar”. Mientras el niño demanda seguridad sus figuras parentales no se la pueden aportar. La familia se muestra asustada, ansiosa e insegura, con sentimientos de culpa por la enfermedad percibida de su hijo y buscando la reparación y seguridad de una voz autorizada; se encuentra con una culpa-miedo por no haber sabido cuidar a su hijo. Si los padres reciben un mensaje que refuerza sus competencias parentales, mensajes sensibles y consistentes sobre el buen cuidado que proveen a su hijo podrán vencer este miedo, lo cual conlleva sensibilidad por parte del pediatra, que exige vencer la actitud defensiva hiperracional “no es una urgencia médica real”, comprensible en el contexto de la fatiga inherente al trabajo en la urgencia.

Este modo de escucha y atención a los miedos de los padres no sólo puede ayudarlos a desarrollar poco a poco un sentido de competencia, sino que también redundará en una mayor seguridad percibida por parte del bebé. En caso contrario, se acrecentarán los miedos de los padres. Cuando ginecólogos, pediatras o matronas cuestionan a los padres y actúan de manera punitiva (por ejemplo, por las consultas médicas repetidas) aumentan sus sentimientos de inseguridad que, inevitablemente, van a repercutir en la relación con el hijo.

Por otra parte, los padres experimentan en este primer año de vida del bebé, un cambio fundamental y permanente en su identidad individual y de pareja, proceso que exige elaborar el duelo de la etapa anterior, la pérdida de la libertad; duelo que la mujer va realizando durante el embarazo, y en los varones suele ser más tardío, en relación a renuncias personales que deben ser gestionadas como pareja. Los padres afrontan una restricción en su tiempo de ocio, deben renegociar su relación de pareja, negociaciones básicas para la estabilidad familiar.

En la **etapa preescolar**, superada la gestión emocional de la gestación, nacimiento y primeros cuidados, la expectativa está en los logros evolutivos esperados: la aparición de los primeros pasos, de las primeras palabras, etc. Cuando los hitos evolutivos se desarrollan en el “tiempo esperado”, los miedos y preocupaciones de los padres disminuyen, porque tienen un hijo normal, o incluso muy listo, si estos hitos se han alcanzado con cierta precocidad. Pero si el hijo se retrasa en la adquisición del lenguaje, en la deambulación, o el control de esfínteres, se disparan las alarmas. En la mayor parte de los casos esta observación atenta del hijo tiene un efecto positivo, pues permite



“Lullabies of Many Lands” de Strettell, 1894

detectar de forma temprana dificultades del desarrollo en el niño. Sin embargo, en aquellos casos en que los padres están dominados por el temor, no están realizando una observación atenta del hijo, sino confirmando unas sospechas dictadas por el miedo. Una familia consultó con nosotros porque su hijo de 14 meses no caminaba. Al realizar la historia clínica detallada, nos informan de una lentitud en la adquisición de otros hitos (sedestación, locución); sin embargo, sus padres cada día comprobaban si caminaba o no, lo ponían de pie para ver qué hacía. Habían dejado de prestar atención a otros comportamientos del bebé de tan preocupados que estaban porque no aprendiese a caminar. El miedo que paralizaba a los padres había paralizado también al hijo, que una vez que sus padres dejaron de ponerlo a prueba caminó.

En el desarrollo normal de los hijos se va produciendo el proceso de individuación consistente en la separación física y mental de sus padres, proceso que puede verse interferido por los miedos de los padres. La sobreprotección crece en el miedo de que al hijo le suceda algo malo y en la culpa de no haber sido la/el mejor madre/padre. Los padres deben permitir que sus hijos gestionen sus propias necesidades y conflictos, pero los padres sobreprotectores se sienten responsables de resolverlas, anticipándose a la respuesta del hijo. Cuando los hijos empiezan a caminar sus padres interfieren sus pasos, la exploración del mundo exterior, temerosos de que se golpee, alarmados por los peligros que perciben, interfiriendo y retrasando que el niño siga probando y reforzando sus aprendizajes. En una ocasión conocimos a una madre que mientras hablaba en la consulta, observaba atentamente los movimientos de su hijo, gritándole un sonoro “cuidado con las esquinas” cada vez que el niño realizaba el mínimo desplazamiento, y por muy lejos que éste estuviera de las mismas. Esta actitud inconsciente obstaculiza el desarrollo de la autonomía que los niños precisan para facilitar su adaptación al mundo exterior, deben ser ellos los que aprendan a esquivar las serpientes que aparezcan en su camino de vida.

Estos procesos se muestran también en las dificultades para comenzar a facilitar las frustraciones necesarias para el buen desarrollo (la eliminación de la lactancia natural, del biberón, la separación nocturna...), enmarcados en ese temor a que sufran innecesariamente en la ingenua concepción de “la infancia feliz”. Este concepto en ocasiones refleja una reacción ante vivencias dolorosas de los padres en su infancia (“no quiero que pase por lo que pasé yo”), en otras una falta de conexión con su propia infancia, padres que parecen haber olvidado hechos inherentes al desarrollo, o incluso una expectativa exagerada de realización a través de sus hijos que ocultan conflictos no resueltos en la vida de sus padres.

Acuden a consulta Jorge de 4 años y ambos padres porque “vomita todas las mañanas desde Noviembre al ir al colegio, no sucede en vacaciones y fines de semana, además a veces se hace caca encima; pero hemos hablado con la profesora, hablamos muy seriamente con ella, tenía que cambiar, nos quejamos al director, sólo le pasaba a nuestro hijo en la clase”. Mientras su madre

habla Jorge permanece en su regazo, mira a los juguetes de la sala con ojos golosinos pero no va hacia ellos; su padre le pregunta si le acompaña a jugar (los juguetes están en la mesita anexa en el despacho). En la consulta no se consigue ninguna palabra de Jorge: “es que habla poco con los adultos, no sé por qué; también han dicho en el colegio que habla mal, en casa no lo notamos”. Sus padres preguntan si sería bueno quitarle el biberón: “desayuna y cena biberón, alguien nos dijo que se lo quitásemos, pero no quiere”. Duerme en el regazo de sus padres que lo llevan engañado a la cama, suele despertarse e irse a la cama de los padres, “no quiere ir él sólo”; también acostumbran a darle de comer mientras ve la TV: “así come muy bien”.

A Jennifer, una niña adoptada de 6 años, sus padres le ponían el pañal una vez que se había quedado dormida, ya que a pesar de que mojaba la cama cada noche, no le gustaba que le pusieran el pañal, y sus padres, temerosos de molestarla, lo hacían cuando se dormía y se lo quitaban antes de que se despertase.

Ambos casos constituyen un reflejo de la dificultad de algunos padres para facilitar las frustraciones necesarias en el desarrollo. Jorge no podía adaptarse al colegio porque no lo habían preparado para ello.

Cuando **se incorpora a la escuela** los padres temen que su hijo no sea capaz de adaptarse al contexto escolar. Así, es habitual encontrar escenas de llanto de padres en las puertas de los colegios al separarse de ellos; y si bien los profesores ya incorporan pautas de actuación para facilitar la incorporación de los niños a la escuela, aquellos padres, generalmente madres, dominados por la angustia pueden llegar a vigilar a sus hijos en el patio, expresando grandes dificultades para la separación de sus hijos, temerosos de que nadie vigile y vele por sus hijos como ellos, pendientes de los peligros y agresiones de otros compañeritos, incapaces de esperar a que sean ellos los que resuelvan estos conflictos, les preguntan ansiosamente, incorporando sin darse cuenta estos temores en sus hijos. Estas actitudes de excesiva preocupación ante la separación llevan al niño a imaginar que algo terrible puede suceder, lo que inevitablemente desemboca en una crisis de angustia y llanto en el niño, que confirma a los padres en sus miedos, conformándose un círculo vicioso que sólo los padres pueden romper.

Una vez superado este miedo, la angustia se desplaza a la capacidad del hijo para adecuarse o no a las exigencias del contexto escolar. Permanecer sentado, realizar las tareas, “obedecer” al profesor/a, etc. En este sentido, los padres reciben los mensajes de los profesores respecto de la evolución de su hijo como una imagen del mismo que en ocasiones son incapaces de digerir (dominados por la angustia de que algo malo se materialice en su hijo olvidan que ellos son quienes mejor conocen a sus hijos); no debemos olvidar que, en general los profesores necesitan mostrar el valor de sus enseñanzas, y si no tienen cuidado esto devuelve y confirma los miedos de los



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

padres que depositan en ellos el valor de la razón absoluta. Recordamos la consulta de una madre preocupada tras la primera entrevista con la profesora de su hijo en primer año de escolaridad, el menor de 3 hermanos, una madre que se siente competente tras haber criado exitosamente a las hermanas de Pablo, donde recibe el mensaje de que su hijo “es un niño poco estimulado, que no es capaz de pintar por dentro como todos los demás”. Esta madre, ante la duda suscitada por la profesora respecto de las capacidades de su hijo, necesitó que alguien la ayudara a pensar y recordar que su hijo es un niño de 3 años que recién ha iniciado la escuela y necesita tiempo para incorporar esos aprendizajes. En la consulta se aclara que la falta de estimulación a la que se refiere la profesora se resume en el hecho de no haber asistido a guardería previamente como la mayoría de sus compañeros y no estar acostumbrado a hacer fichas.

Una vez superada la incorporación a la escuela comienzan los años de intensa socialización, de retos académicos, así como de proyección en el futuro. En este momento vital los temores de los padres surgen no sólo del temor indiscriminado de que a sus hijos les suceda algo malo y ellos no sean todo lo buenos que deben ser como padres, sino que también es el momento evolutivo donde los padres se proyectan e identifican más fácilmente en sus hijos. Estas proyecciones pueden ser superadas e integrarse en el desarrollo armonioso del hijo, pero con mayor frecuencia interfieren en el desarrollo y entran en conflicto con la realidad de un niño en crecimiento que no se corresponde con la proyección que sobre él se ha depositado. En este sentido los padres vuelcan en sus hijos las expectativas de lo que ellos no han logrado o no han tenido, los temores en relación a los sentimientos que ellos han sufrido con otros chicos en la escuela, si han sido objeto de burla, si han echado en falta la amistad. Esto interfiere en la interpretación de los sucesos en la vida de su hijo y dificultan el natural proceso de individuación, proceso que tiene su momento álgido en la adolescencia.

Una madre nos relataba en consulta que su hija de 6 años le parecía excesivamente tímida; le preocupaba que si no lograba hacer amigos en este momento, tampoco podría hacerlo en el futuro. Preguntada por su propia historia de vida, nos relató que había pasado una infancia muy triste, se sentía muy sola y nunca había tenido amigas de verdad. Su hija le recordaba a ella de niña, y temía que viviera una infancia como la suya. Cada día le preguntaba si ya había hecho amigos en el colegio, con quién había jugado, si quería invitar a alguna niña a casa; le decía también cómo debía comportarse con los otros niños, sin dejar que ella pudiera experimentar sus propios modos de relación, lo que provocaba en su hija un rechazo hacia los acercamientos sociales, especialmente en presencia de su madre. Fue necesario calmar la angustia de esta madre y ayudarla a diferenciar a su hija de sí misma para que ésta pudiese encontrar su propio estilo.

Héctor, un niño de 9 años, fue traído a la consulta por sus padres por su bajo rendimiento académico. Tanto el profesorado como sus padres lo describían como un chico “muy inteligente pero muy vago”, cuyo rendimiento estaba por debajo del que se podría esperar teniendo en cuenta sus capacidades.

Ya en la primera consulta, su padre, muy enfadado con él, nos decía que no iba a permitir nada que no fueran sobresalientes. Indagando en la vida de sus padres, supimos que su padre había sido muy mal estudiante, y a pesar de ser un chico inteligente, no se había sacado el graduado. Había tenido una adolescencia bastante rebelde, con graves conflictos con sus padres y alguno que otro con las autoridades. También había tenido muchas parejas, a las que no había tratado del todo bien, hasta que conoció a su pareja actual y “sentó la cabeza”. Es sorprendente la forma en que cada uno juzgamos y valoramos nuestras vidas, pues este padre después de su época alocada, como él decía, había logrado convertirse en un empresario de éxito, con una familia y una mujer que le querían, y con dos hijos estupendos. Sin embargo, el recuerdo de aquella primera etapa le pesaba como una losa. Para este padre, los sobresalientes de su hijo evitarían un recorrido como el suyo, y tratando de evitar que se convirtiera en lo que él había sido, llevaba a cabo una disciplina férrea, con resultados cada vez peores. Cuantas más horas imponía de estudio a su hijo, éste peores resultados obtenía; cuanto mejor le obligaba a comportarse con las chicas, éste más las rechazaba. Lo que el padre no podía ver era que su hijo simplemente quería ser aceptado por cómo era, y no por fingir ser aquél en quien su padre le quería convertir.

En otro caso, un padre decidió acudir con su hijo a consulta, tras convencer a su mujer, porque su rendimiento en los partidos de baloncesto era muy inferior al que mostraba en los entrenamientos. Descubrimos que este padre había sido jugador profesional de baloncesto hasta que se lesionó una rodilla, momento en el que tuvo que abandonar la práctica de este deporte. Desde pequeño transmitió a su hijo su pasión por el baloncesto, lo inscribió en un buen club, practicaba y entrenaba con él en casa. Su hijo tenía unas dotes excepcionales para el deporte, pero la presión de tener que ser el mejor, de no poder cometer un fallo, de no poder simplemente divertirse con el baloncesto, de tener a su padre sentado junto al banquillo dándole instrucciones a cada momento, fueron deteriorando su rendimiento y casi terminan con su amor por el deporte. Para este padre fue muy costoso darse cuenta de que él ya no era el baloncestista de éxito, sino su hijo, y darle el espacio suficiente para que pudiera desarrollar todas sus cualidades.

Por otro lado, los padres angustiados por las amenazas que sienten acechan el futuro de sus hijos están tan pendientes e inmersos en sus conflictos que continuamente se anticipan a todos los posibles peligros existentes, les acompañan en todo lo que pueden, son ellos los que resuelven los problemas de sus hijos con los compañeros o con los estudios (no es infrecuente encontrar madres que relatan minuciosamente conflictos menores de sus hijos con otros niños, que entablan relaciones de enfrentamiento con los compañeros de sus hijos, incapaces de esperar a que éstos resuelvan el conflicto generado, madres que a medida que sus hijos afrontan las competencias académicas subrayan y hacen resúmenes de las tareas escolares de sus hijos, atentas a las fechas de los exámenes, “tenemos que aprobar”...), impidiendo que el niño se enfrente a las consecuencias



“Songs for Little People” de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

de sus propios actos, sin facilitarle que desde pequeño empiece a resolver sus propios problemas. A medida que crecen los hijos que, inevitablemente van a luchar por su autonomía, se encuentran unos padres temerosos y sin conciencia de ello, al igual que el sultán pueden intentar encerrarles en una torre, sin darse cuenta de que, con la mejor intención, les están privando de su experiencia de vida.

Las consecuencias de los cuidados impregnados por el miedo sobre la personalidad y patrones de conducta de sus hijos se van a hacer evidentes afectando al desarrollo de autonomía y sentido de la propia competencia, base de la sólida autoestima. A lo largo de su vida este niño no puede poner a prueba su competencia personal, sus habilidades; ha intentado tomar sus propias decisiones y llevarlas a cabo, pero no ha podido ver los resultados de esa toma de decisión por la interferencia de los padres (muy visible en el desempeño académico, donde los padres ante el temor al fracaso de sus hijos estudian con/por ellos). Muchas veces además, las excesivas recomendaciones de los padres para que tengan precaución llevan también a hacer muchas críticas al hijo/a, lo que contribuye aún más a este autoconcepto negativo. A este niño le falta la valoración positiva externa de sus comportamientos y decisiones, pero también le falta la autovaloración sobre estos comportamientos y decisiones, aspecto fundamental para desarrollar un autoconcepto y una autoestima sana. Pueden convertirse en niños inseguros, incapaces de tomar sus propias decisiones, decisiones que para otros resultan triviales para ellos pueden resultar muy angustiosas, temen las repercusiones de las mismas, se ven paralizados y tenderán a recurrir a los demás para que decidan por ellos, no desarrollan su propio engranaje mental y afrontamiento de situaciones comprometidas. Este mecanismo puede perpetuarse en su vida adulta comprometiendo su equilibrio emocional. Otra característica que puede asociarse a una crianza regida por los temores de los padres es la escasa competencia social, característica que se engrana con la anterior y la potencia. Es común que aparezcan en estos niños dificultades para entablar o mantener relaciones sociales, se muestran como niños tímidos a los que les cuesta iniciar conversaciones, a los que les cuesta integrarse en grupos, a los que cuando algo no les sale como les gustaría se sienten mal y prefieren retirarse o muestran sus dificultades a través de conductas explosivas, formas que representan la dificultad para gestionar las emociones negativas que forman parte de la vida. Recordemos que a lo largo de su vida su padre/madre no le han permitido solucionar sus propios problemas. La consecuencia es el no aprendizaje de habilidades de solución de problemas, algo necesario para la vida social, familiar y laboral. Esto lleva a estos niños a tener malas experiencias en relación al mantenimiento de amistades; tienen la sensación de no tener apenas buenos amigos, se pueden llevar muchas decepciones con ellos sin saber por qué, tienden a pensar que hay algo malo en ellos, lo que les lleva a perpetuar el pensamiento negativo sobre sí mismos, disminuyendo más su dañada autoestima.

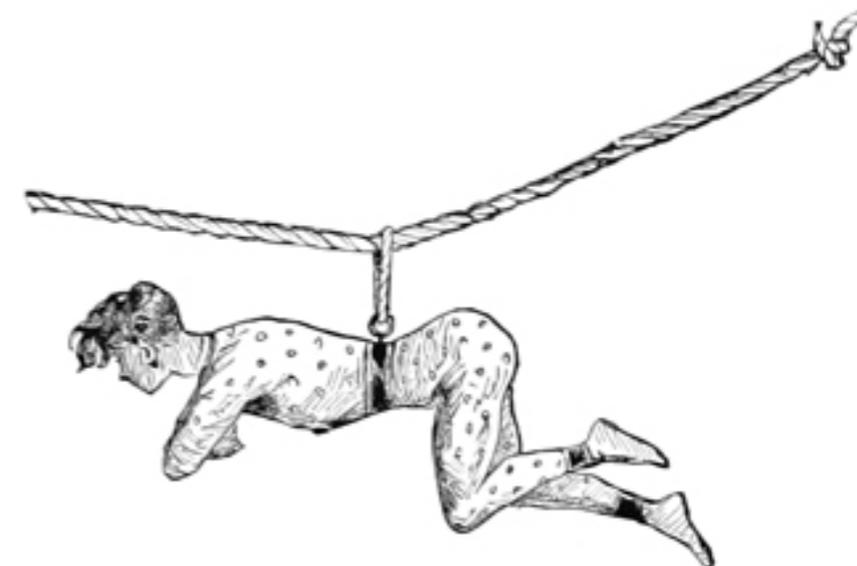
Ambas características, la autoestima y la competencia social son dos de los predictores de buena salud mental en el desarrollo de la personalidad de una persona, de ahí la gran importancia en detectar y ayudar a modificar estas pautas de interacción.

Alba, una chica de casi 18 años, acude a consulta por obsesiones graves, cuyo denominador común es el miedo a qué será de ella en el futuro. Sus obsesiones le decían que nunca podría vivir sola, ni tener amigas, porque era una “incapaz”; que sus padres morirían y se quedaría sola, que nunca podría “llevar una vida normal”, que no conseguiría acabar los estudios ni conseguir un trabajo. En momentos de crisis, creía haber ingerido lejía, o unos cuchillos, si había estado en una cocina; o haberse tragado un pen, cuando trabajaba con el ordenador en clase. En la exploración, se constata que Alba nunca había ido sola a hacer la compra, tampoco había hecho una cama, un plato de comida o demás tareas domésticas. Su madre afirma que “ya lo hará cuando yo no esté”, sin ser consciente de que Alba no ha tenido un aprendizaje previo y se siente muy insegura acerca de su capacidad para hacerse cargo de su propia vida.

A pesar de su esfuerzo no ha obtenido el graduado escolar, y tampoco tiene amigas con las que quedar. También en el aspecto social Alba ha puesto un gran empeño, pero no está preparada para tolerar las frustraciones, los comentarios de las amigas, los conflictos... Si un día hacen un plan y no cuentan con ella, su madre le dice que “sólo te quieren por las conveniencias, no quedes más con ellas”, privando a Alba de la oportunidad de desarrollar sus propios recursos para hacer frente a las situaciones y conflictos sociales. Por el contrario, le ofrecen una alternativa de ocio consistente en pasear con su madre y las amigas de ésta, que Alba acepta en ocasiones, mientras que en otras prefiere quedarse en casa porque “pasear con mi madre me hace darme cuenta de que no tengo amigas”. En lo académico, sus padres se lamentan de no haber podido ayudar a su hija porque ellos mismos no han estudiado y no saben cómo podrían ayudarla, pero le han puesto diversos profesores particulares a lo largo de su escolarización que hacían con ella todas las tareas escolares. Alba es hija única, y en su deseo de ser unos buenos padres, le han querido facilitar la vida hasta tal punto que le han impedido desarrollarse; se siente “una inútil”, y vive la posibilidad de un futuro sin sus padres como algo realmente amenazador, manifestándose este temor a través de sus obsesiones.

Cuando llega **la adolescencia**, los cambios psicológicos que se producen en el adolescente le llevan a una nueva relación con los padres y con el mundo. En esta etapa, podemos decir que el adolescente realiza tres duelos fundamentales: el duelo por el cuerpo infantil perdido, un cuerpo cómodo con el que pueden tocar y ser tocados sin ninguna preocupación; b) el duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades, y c) el duelo por los padres de la infancia, que pierden su omnipotencia.

Los padres se enfrentan en esta etapa con su ambivalencia y su resistencia a aceptar el proceso de crecimiento de sus hijos. Los padres también tienen que hacer sus propios duelos; necesitan hacer el duelo por el cuerpo del hijo pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil, es decir, los padres tienen que desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una relación con el hijo adulto, lo que impone muchas renunciaciones de su parte. Al perderse para siempre el cuerpo



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

de su hijo niño los padres se ven enfrentados con la aceptación del devenir, del envejecimiento y de la muerte. Deben abandonar la imagen idealizada de sí mismos que su hijo ha creado para ellos; ya no son los ídolos de sus hijos, aquellos padres que todo lo podían solucionar, y deberán, en cambio, aceptar una relación llena de ambivalencias y de críticas; ahora son juzgados por sus hijos, y la rebeldía y el enfrentamiento son más dolorosos si el adulto no es consciente de sus propios problemas frente al adolescente. Al mismo tiempo, la capacidad y los logros crecientes del hijo les obligan a enfrentarse con sus propias capacidades y a evaluar sus logros y fracasos. Y el hijo es en este momento el testigo más implacable de lo realizado y de lo frustrado.

Por tanto, en esta etapa, la relación entre los padres y sus hijos cambia de forma sustancial. Los padres deben adoptar una nueva forma de relación con el hijo (con las pérdidas que esto supone), pero en la ambivalencia que ambos sienten hacia el proceso de crecimiento, no sólo el hijo actúa con frecuencia desde modos infantiles sino que también los padres tratan con frecuencia de negar el crecimiento del hijo manteniendo actitudes que podían ser adecuadas en etapas previas, pero que ahora han dejado de serlo, lo que implica, en numerosas ocasiones, fuertes enfrentamientos entre padres e hijos.

El miedo inconfesable al crecimiento del hijo, el miedo a que tome decisiones equivocadas (y decisiones propias) es el que, desde nuestro punto de vista, está detrás de todos los demás miedos que sí se nombran: los amigos, las tecnologías, las drogas, la sexualidad, etc. Y es también el que lleva en muchas ocasiones a los padres a encerrarse en una actitud de refuerzo de la autoridad en un momento del desarrollo donde el modo en el que se otorgue la libertad es definitivo para el logro de la independencia y de la madurez del hijo.

Respecto a **las amistades**, en la adolescencia los padres dejan de ser los referentes del hijo, que necesita diferenciarse del adulto (y especialmente de los padres), y es el grupo de iguales quien ocupa este lugar, convirtiéndose éstos en los depositarios de la verdad y la razón. Para el adolescente no hay más verdad que la del grupo, y normalmente esta verdad es opuesta o contradictoria con la autoridad parental y social. Los padres han estado temiendo este momento durante años; ellos mismos han sido adolescentes (aunque a veces parece que lo hayan olvidado) y han experimentado éste y los demás cambios que supone la adolescencia en su propia piel. Saben que poco a poco van perdiendo autoridad frente a sus hijos; es más, saben que sus hijos rechazarán cualquier idea que provenga de ellos, o de cualquier otro adulto, pero que seguirán fielmente los dictados o las opiniones de otras personas de su edad. Por ello en esta época preocupan tanto las amistades de los hijos; y por ello cuando el hijo tiene un gran amigo que no comparte los valores familiares, con frecuencia se recurre a aquello de “es una mala influencia”, tratando de que el hijo reaccione como cuando era un niño y asuma las opiniones familiares. Pero el hijo ahora no puede reaccionar de esta manera; al contrario, necesita diferenciarse de la opinión de sus padres. Así que ese amigo

se convierte casi en un héroe, en un modelo a imitar, tanto más cuanto mayor es el esfuerzo de los padres por desacreditarlo. En determinadas ocasiones los padres llegan incluso a prohibir la relación con esa persona; en algunos casos porque los valores de ese otro se alejan en grado máximo de los familiares; en otros casos porque los cambios en la conducta del hijo se atribuyen totalmente a esta persona, ignorando consciente o inconscientemente que hay otros factores, de carácter evolutivo y también relacional, que están influyendo en estos cambios. La prohibición de la relación ocurre frecuentemente con los novios/as: novios de mayor edad que la hija o hijo, novios con bajo rendimiento académico, etc. Como en Romeo y Julieta, esta prohibición a menudo acerca más a los enamorados, para desesperación de los padres, que normalmente refuerzan la prohibición asumiendo más control sobre la vida del hijo, y entrando así en una espiral de conflicto y falta de entendimiento entre padres e hijo que perturba enormemente las relaciones familiares, que aumenta en el hijo el sentimiento de soledad, y que puede culminar en una ruptura entre ambos.

El uso y abuso de sustancias tóxicas es otro de los grandes miedos en la adolescencia. Son varias las características de esta etapa evolutiva que influyen o determinan que este período sea especialmente crítico al respecto. Por un lado, la necesidad de transgresión del adolescente, que convierte en atractivo todo lo prohibido, la rebeldía constituye para el adolescente un modo de aflojar los lazos que le atan demasiado a sus padres. Por otro, el fenómeno de la identidad negativa; esto es, en la necesidad de tener una identidad, en ocasiones la única salida puede ser la identificación con figuras negativas: es preferible ser alguien indeseable, malo, perverso, a no ser nada. Asimismo la búsqueda de la uniformidad con el grupo, de tal manera que igual que se imitan los peinados, la forma de vestir, etc. , se imitan también los comportamientos de riesgo; o la necesidad de experimentarlo todo, donde no valen los consejos y advertencias de los padres porque no son sus experiencias, sino las de ellos.

El adolescente está harto de consejos, necesita tener sus propias experiencias, pero no quiere ni acepta que estas sean criticadas o confrontadas con las de los padres. Percibe perfectamente que a través del control del dinero y de los horarios los padres están controlando algo más: su crecimiento y su desprendimiento. Los padres pueden aprovechar otra característica adolescente: su necesidad de contar todas sus experiencias y de ser escuchado. Cuando el adolescente es escuchado, puede aceptar las dudas, los temores o las advertencias que sus padres les manifiesten. Pero deben recordar que escuchar es diferente a exigir información.

Una de las grandes preocupaciones para muchos padres en esta etapa se refiere a **la vida sexual** de sus hijos. Preocupan los embarazos, las enfermedades de transmisión sexual, el no ver al hijo lo suficientemente “maduro” o preparado para tener relaciones sexuales, la intensidad y la idealización con la que se viven las relaciones amorosas en esta etapa...



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

En las escuelas de padres, en los medios de comunicación, se insiste en la importancia de que los padres hablen de sexualidad con sus hijos con el objetivo de evitar los riesgos asociados a ella. A pesar de que este mensaje a los padres se viene repitiendo desde hace largo tiempo, lo cierto es que la sexualidad continúa siendo un tema difícil para un alto porcentaje de padres. El miedo a no saber la respuesta correcta, a equivocarse, a tener que hacer frente a los propios prejuicios, a tener una opinión demasiado conservadora o demasiado liberal, a lo desconocido, o el miedo a que al hablar de sexo se esté otorgando permiso para practicarlo... existen diferentes miedos que inhiben a los padres a la hora de conversar con sus hijos. A estos miedos se añaden también algunos mitos, como por ejemplo que el padre es quien debe hablar con el hijo varón mientras la madre debe encargarse de la sexualidad de la hija, o que hablar de sexo terminará con la inocencia y la infancia del hijo.

Estas dificultades llevan a los padres, en muchas ocasiones, a dejar de lado este aspecto de su rol paterno y a confiar en internet, otras personas de la vida del hijo, o incluso en el psicólogo esta parcela de la vida de sus hijos. Hemos atendido varios casos en nuestro centro en los que el motivo principal de consulta era el reconocimiento de los padres del despertar sexual de sus hijos y el temor que sentían al tener que hablar con ellos, por lo que nos solicitaban que fuésemos nosotros quienes nos encargásemos de “aclarar las dudas que pueda tener”.

Si queremos que los padres hablen con sus hijos adolescentes acerca de su sexualidad, debemos primero ayudarles a enfrentar los temores que este tema les suscita.

A diferencia de la sexualidad, que ha preocupado a los padres de todas las épocas, el miedo que produce en los padres **el uso de las redes sociales** es, lógicamente, relativamente nuevo. Muchos padres desconocen las nuevas tecnologías y las redes sociales, y lo que han aprendido a través de los medios de comunicación o de otros adultos es que pueden ser peligrosas. Por otra parte, los videojuegos, Facebook, o el whatsapp son “juguetes” que no han formado parte de la vida de los padres, lo que unido a esa sombra de la peligrosidad que planea constantemente alrededor de estos juguetes, lleva a muchos padres a tratar de limitar en exceso e incluso a prohibir a sus hijos su uso. Por supuesto, creemos que sobre estas herramientas es necesario cierto control por parte de los padres, pero este control debe tener por objeto ayudar al hijo a hacer un uso seguro y racional de las mismas. Sin embargo, del mismo modo que se hace con el dinero o los horarios, muchas veces con el control de estas herramientas se está buscando el control sobre la vida del hijo. Sería el caso de un chico cuyos padres se manifestaban en consulta contrarios a que su hijo tuviese un móvil, argumentando que no lo necesitaba, puesto que ellos se mostraban muy dispuestos a dejarle los suyos propios cuando quisiese quedar con algún amigo.

Frente a todos estos temores, como señalábamos anteriormente, con frecuencia los padres adoptan una posición de refuerzo de la autoridad que puede terminar haciendo realidad sus peores fantasías.

Algunos padres controlarán el móvil de sus hijos, su ordenador, sus amigos, sus horarios, hasta tal punto que lograrán asfixiarlos. En esta situación el adolescente tiene dos salidas: rebelarse frente a la actitud de sus padres o deprimirse.

Javier, de 15 años, tenía prohibido salir con sus compañeros de clase, que sus padres consideraban malas influencias para él. Sabían, por la madre de otro chico, que eran unos “macarras”: no hacían nada en clase, fumaban (algunos incluso fumaban porros) y bebían los fines de semana. Sí podía salir con los compañeros de fútbol, que era más “sanos”. Después de varios intentos por parte de Javier de convencer a sus padres de que él era responsable y sabía lo que tenía que hacer, y ante la negativa de ellos a que se viese con estos chicos, Javier decidió aparentar dar la razón a sus padres. Después de los partidos, decía a sus padres que se iba a tomar una coca-cola con el resto del equipo, hasta que sus padres descubrieron que ni siquiera iba a los partidos, sino que se veía con “las amistades prohibidas”. Decidieron entonces ponerle un castigo ejemplar, y para evitar que se repitieran esas salidas, le castigaron “sin fútbol y sin salir hasta que cambies de actitud”. Varias semanas después, los padres se sentían felices por su decisión, ya que Javier apenas protestaba los fines de semana, y creían haber conseguido separarlo de sus compañeros. Pero entonces acudieron a una cita con su tutora, que les informó que desde hacía un mes Javier apenas aparecía por clase, y sospechaba que estuviera faltando a clase “con dos chicos muy problemáticos”. En definitiva, cuanto más duras eran las imposiciones paternas, más lejos llegaba la rebelión de Javier.

Los padres de María estaban muy preocupados por ella porque cada vez la notaban más encerrada en sí misma, triste, y aislada de sus amistades. Había dejado de hacer cosas que antes le apasionaban, como la pintura, y ya no mostraba interés en las clases de música. Incluso su rendimiento académico había bajado notoriamente. En las entrevistas con María y sus padres, supimos que en realidad María deseaba quedar con sus amigas, pero éstas se comunicaban por whatsapp y ella no tenía móvil, por lo que a menudo no se enteraba de los planes que hacían. Por otra parte, con 16 años María sólo podía quedar los sábados; los viernes tenía clase de música y los domingos estaba marcado por sus padres como día de estudio, al igual que los sábados por la mañana, por lo que únicamente le quedaba el sábado por la tarde. Sus padres consideraban que el horario adecuado para una chica de su edad era hasta las 9 de la tarde, con lo que María tenía que volver a casa prácticamente a la hora en que sus amigas salían de casa. En estas situaciones, la sensación del adolescente (que no se rebela) es que no tiene salida, y se deprime.

En otros casos, más que adoptar una posición autoritaria, el miedo al crecimiento del hijo les lleva a actuar negando dicho crecimiento: “no hay que hablarle de drogas, ni de sexo, es muy pequeño para eso”, sin darse cuenta de que negar un proceso no lo hace desaparecer. Este hijo probará las drogas, tendrá sus primeras relaciones sexuales, pero no tendrá unos padres a los que pueda acudir para comentar sus propios temores, sus dudas, sus inseguridades.

“cuanto más duras eran las imposiciones paternas, más lejos llegaba la rebelión”

Finalmente, y aunque menos frecuente, hay casos en los que los padres dan a sus hijos adolescentes una libertad sin límites. Esta actitud surge también desde el miedo: el miedo a ser demasiado estricto o demasiado autoritario. Normalmente este miedo lo presentan aquellos padres que han tenido a su vez unos padres rígidos, autoritarios, poco empáticos y comprensivos, de los que quieren diferenciarse por encima de todo. En este caso, los problemas no resueltos con la propia historia llevan a los padres a adoptar una actitud que es vivida por el hijo como un abandono (y que lo es), pero ante la que no pueden rebelarse de manera directa.

Miriam, de 16 años, tenía unos padres “muy modernos”. “Me dicen que si voy a fumar lo haga delante de ellos, que aunque no les gusta que fume prefieren saber todo lo que hago”. “También saben que bebo; en mi cumpleaños les dije que quería hacer botellón y me dijeron que mejor lo hiciéramos en casa, que así no pasaríamos frío, yo les hice una lista con las bebidas que había que comprar y ellos se encargaron. Nos dejaron la casa para nosotros y ellos se fueron a un hotel”. “Confían mucho en mí, mis amigas tienen hora para volver a casa, pero yo puedo volver a la hora que quiera”. “A mi madre se lo cuento todo, incluso de mis novios”. Miriam no tenía espacio para diferenciarse de sus padres. Si quería hacer algo que para el resto de sus amigas estaba prohibido, ella obtenía el beneplácito de sus padres. Sólo había una cosa que enfadaba a sus padres, y es que Miriam vomitaba después de cada comida. En este enfado, Miriam veía la preocupación de sus padres: “es lo único que les preocupa”.

En el caso de Michel, de 17 años, sus padres tenían “tanta confianza en él” que desconocían con quién quedaba o a dónde iba, podía entrar y salir de casa siempre que quisiera, incluso desconocían sus resultados académicos “porque es su responsabilidad y confiamos en él”, pero también desconocían cuáles eran las aficiones de su hijo, sus intereses, sus habilidades. Michel tuvo que fracasar estrepitosamente para que sus padres pudieran mostrarle su interés en él.

Los miedos de los padres comienzan en el mismo momento que deciden tener un hijo, y les van a acompañar toda la vida. De cómo manejen estos miedos en cada etapa dependerá en gran medida el desarrollo de sus hijos. Los padres necesitan saber que movidos por sus propios miedos, y no por las necesidades del hijo, pueden estar dificultando enormemente su proceso de desarrollo.

Los terapeutas necesitamos saber que en los síntomas de los niños que acuden a nuestras consultas no sólo tenemos que descartar diagnósticos reconocidos en las clasificaciones internacionales sino que resulta fundamental considerar las expectativas, ilusiones y temores de sus padres, sus historias de vida y modelo familiar así como la posible psicopatología de los mismos para poder desentrañar el efecto de todo ello en el desarrollo de sus hijos. Debemos cuidar nuestra formación y vigilar la tendencia a la simplificación en la evaluación de la problemática de los niños, sin minimizar el impacto que determinadas dinámicas familiares provocan en los niños, ya que en la infancia reside el futuro emocional del adulto.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. y Knobel, M. (1988). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Ed. Paidós.

Bettelheim, B. (1988). No hay padres perfectos. Barcelona: Ed. Crítica.

Ginnot, H.G. (2003). Entre padres e hijos. Barcelona: Medici.

Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (1999). Los escenarios narcisistas de la personalidad. Clínica de la consulta terapéutica. Bilbao: ALTXA.

Pérez Simó, R. (2001). El desarrollo emocional de tu hijo. Barcelona: Paidós.

Stern, D. N. (1997). La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D.W. (1994). El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. Barcelona: Ed. Paidós.

3

LA PERMANENCIA
DE UNA PAREJA
EN BASE AL MIEDO

Daniel Latorre Rodríguez
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y TERAPEUTA FAMILIAR

Resumen: Este artículo expone diversos mecanismos que pueden mediar en el mantenimiento de algunas parejas a pesar de la infelicidad mutua que se profesan sus miembros. Para ilustrar estos mecanismos se exponen retazos de diversos casos clínicos relacionados con el tema.

Palabras clave: Pareja. Separación. Miedo.

Abstract: This article shows several forms which may happen in the term of some couples even though the mutual unhappiness that their members profess. To illustrate these mechanisms, we expound parts of various clinical cases related with the matter.

Keywords: Couple. Separation. Fear.

Con mucha frecuencia nos encontramos con estudios que pretenden obtener la explicación última sobre la formación de las parejas y su posterior devenir, y al comportamiento humano en general.

Los que más repercusiones suelen tener, al estar en concordancia con el discurso científicista del momento, son los referidos a las causas biológicas de tal o cual comportamiento social. Las explicaciones biológicas suelen estar conformadas por una aureola de certeza e infalibilidad, por lo cual es más sencillo que sean consideradas por el público como “la verdad”, en detrimento de otras posibilidades. En ningún momento pretendo negar la importancia de tales aproximaciones para la explicación de muchos fenómenos humanos, pero no puedo dejar de considerar tales explicaciones como excesivamente simplistas, dada la complejidad de la materia que pretenden tratar.

En fechas recientes ha salido a la luz un estudio que pretende relacionar directamente la atracción sexual entre las personas con el hecho de tener en común un marcador genético*. A pesar de las gravísimas limitaciones de validez del estudio, éste y otros similares aparecen constantemente en importantes medios de comunicación, dadas las implicaciones que podrían tener tales descubrimientos, por más que muchas de esas explicaciones deban someterse a una situación de cuarentena.

Por desgracia (o por suerte, más bien), tanto la elección y permanencia de una situación de pareja, como la mayoría de dinámicas relacionales, son absolutamente multicausales. En concreto, y ya inmersos en el tema de este artículo, desde nuestro ámbito se han propuesto y estudiado multitud de procesos que median en la forma en la que se relacionan las personas. La semejanza en las características demográficas (la clase social o el nivel de formación) proporcionan a las personas una mayor proximidad física, lo cual favorece un mayor número de encuentros. Posteriormente, y mediatizado por el atractivo físico que se pueda despertar entre las dos personas, éstas compartirán una serie de características que pueden hacer viable una relación, características

como la complementaridad de necesidades, y una semejanza actitudinal que acaba por reforzar nuestras creencias y significados compartidos.

En el proceso posterior de constitución de la pareja juega un importante papel el establecimiento de las normas y reglas de la relación. Ambos llegan a un acuerdo sobre el tipo de conductas que han de seguir, un acuerdo implícito, más que explícito. En este punto, y de acuerdo con la teoría comunicacional propuesta por Watzlawick, Beavin y Jackson en 1.967, habría que distinguir entre relación *simétrica* o *complementaria*. La primera hace referencia al intercambio recíproco del mismo tipo de conducta entre los individuos, y por tanto cualquiera de ellos puede tomar la iniciativa. Ambos desean por igual conservar o ceder el control de la relación. La complementaria es la que se establece cuando las dos personas intercambian conductas distintas, y los papeles están completamente diferenciados, ya que una es la que da y la otra recibe, o una enseña y la otra aprende. Sus conductas se complementan, estando uno jerárquicamente encima del otro. Uno asume el control y el otro lo permite.

Se consideran “maniobras hacia la simetría o la complementaridad” aquellos mensajes que las personas intercambian poniendo en duda la relación que se haya establecido. Estas maniobras se intercambian constantemente en las relaciones, buscando definiciones comunes. Las personas tienen la necesidad de definir su relación con el otro o, en otras palabras, intentar el control de tal relación, de forma que todo mensaje que se envía tiene el propósito de influir en ella. Como sostienen los autores anteriormente mencionados, “toda comunicación tiene un nivel de contenido y otro de relación tales que el segundo califica al primero y es, por tanto, una metacomunicación”.

Probablemente, la menor fuente de conflictos en la pareja viene definida por la flexibilidad entre las dos posturas, dependiendo de los momentos vitales o del contexto, ya que ninguna de ellas es “buena” o “mala” en sí misma. Sin embargo, la rigidez en la asunción de una relación u otra, sin posibilidad aparente de modificarla, puede llevar a diversos conflictos que pueden generar intensos problemas en la pareja, como se ejemplificará posteriormente.

“Ellos me trataban bien, me daban de comer, una vez me hicieron cosquillas sí, me daban de comer, me lavaban la ropa, me llevaban a los cumpleaños, me corregían mucho, pero lo hacían por mi bien”. Así describía Paula la experiencia de su niñez; Paula es una mujer de veintinueve años, que había sido abandonada por sus padres y había convivido con unos familiares que hasta los siete años le resultaban completamente extraños. Sus necesidades instrumentales siempre habían sido cubiertas por personas que obviamente querían sacar adelante a esa niña, pero que no podían, no querían o no sabían proporcionarle nada más. En su discurso era difícil apreciar sentimientos de afecto, la sensación de ser querida por aquellos que debieran proporcionarle la protección emocional básica que tanto echaba de menos un tiempo más tarde. Es esa la protección en la que un niño se basa



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

para descubrir el mundo que le rodea y premisa para un desarrollo emocional sano, sabiendo que el amor de sus cuidadores no depende de sus actos, sino de su propia existencia.

Desde los planteamientos de Bowlby y las investigaciones de Ainsworth sobre los vínculos y el apego, se ha demostrado una y otra vez que la percepción de amor incondicional de un niño es la base para tal desarrollo. Si esas necesidades del niño no se ven satisfechas, desarrollará patrones vinculares evitativos y ansiógenos que, mantenidos en el tiempo, pueden dar lugar a patrones cognitivos basados en la inseguridad y la desvalorización.

La carencia emocional de Paula pronto se vio mitigada por Marcos, su primer novio, con quien comenzó a salir a los dieciséis y con quien se casó a los dieciocho, tan pronto como obtuvo el permiso familiar. La necesidad que tenía Paula de ser amada (y de escapar de la nada) le llevó a tomar una decisión que años más tarde calificaba de “precipitada”. Las cosas habían transcurrido con normalidad durante el primer año de matrimonio, pero tras ese tiempo la actitud de Marcos comenzó a ser más distante y fría, algo que hizo reaccionar a Paula con el planteamiento de la separación. Marcos no veía a Paula desde donde ella le miraba. Tras ese momento, los ocho años siguientes de su vida se convirtieron en una vorágine de búsqueda de afecto que había desembocado en el matrimonio actual con José, una relación desigual en la que cuanto más amor pide y necesita, menos obtiene.

Como ha señalado Erich Fromm, la búsqueda de la relación amorosa es un delirio universal, y a su vez, la fuerza que une a la especie humana. Por el contrario, la experiencia de estar aislados es la principal fuente de sentimientos de angustia o desamparo. El miedo a la soledad es un poderoso motivo que lleva a muchas parejas a una relación anodina, cuando no tóxica, que se desea mantener a toda costa ya que la alternativa se vive como más desagradable todavía.

Este miedo al abandono, a sentirse solo, con frecuencia deriva en una mayor fuente de exigencias sobre la pareja, demandas constantes de afecto que no hacen más que cargar de “imposiciones” a una pareja que más tarde o más temprano reaccionará alentando una mayor distancia entre ambos, y en muchos casos planteando una separación, temporal o definitiva, que confirmará los temores y la inseguridad del individuo. El miedo a ser abandonado pronto aparece completamente justificado, como la profecía que se autocumple.

En otras ocasiones, los motivos de permanencia en la pareja van más allá del miedo a la soledad o a la carencia afectiva. Como a veces las desgracias nunca vienen solas, en el caso de Paula, ocurre que se encuentra en una situación de dependencia económica que le mantiene atada a alguien que no colma sus deseos. Su situación económica es precaria, y su desempeño laboral se caracteriza por una jornada de ocho horas y un sueldo ínfimo, que a duras penas sería suficiente para afrontar en solitario sus gastos y los de su hijo. Entre los peores temores imaginados se encuentra la sensación de no atender correctamente a su hijo y de “depositarlo” en una guardería, según sus propias

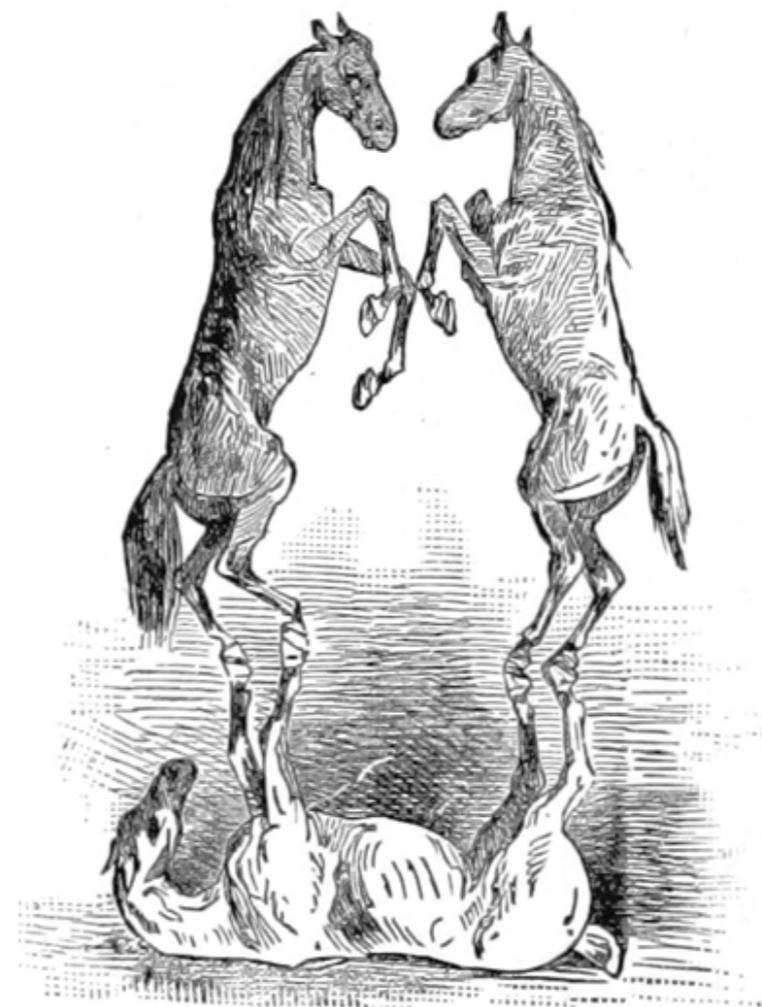
palabras. Esta situación, junto con lo anteriormente mencionado, genera en ella unas intensas fantasías de culpabilidad, al estar “faltando a su deber de madre”. En relación con este punto, cabe recordar que los hijos criados con padres que trabajan fuera crecen con absoluta normalidad, y que la cuestión no es tanto el total de tiempo que pasan con ellos, sino la calidad del tiempo y la percepción de ser deseados y amados por sus padres, siempre que estén atendidos, claro está, por familiares o cuidadores responsables y cariñosos.

Sin embargo, el miedo de Paula a la repetición de patrones familiares vividos en primera persona era motivo suficiente para no plantearse tal posibilidad. ¿Y cuál era la posición de José, su actual marido, en todo esto? José provenía de una familia con unas costumbres muy tradicionales en que la idea de una separación o un divorcio era un tema tabú. En varias ocasiones tanteó la opinión de la familia planteando que su relación pasaba por serias dificultades, y le conminaron a resolverlas de cualquier forma que no implicase un divorcio. Ya bastante “vergüenza” habían pasado “admitiendo” como nuera a una persona con un hijo de una anterior relación. El temor a las posibles consecuencias sobre el desarrollo del niño, las interminables explicaciones que debería proporcionar a la familia (y quizá al pueblo entero) y las fantasías sobre verse en un eterno procedimiento administrativo hacía preferible para él continuar en una infelicidad permanente.

En relación con ese delirio compartido que planteaba Fromm, en toda relación de pareja nos planteamos ser la prioridad para la otra persona. Por lo menos en la fase inicial de convivencia, en ese período inicial de maravilloso embotamiento, queremos ser la única y principal referencia, estableciendo una relación de unicidad, dependencia o exclusividad. Este estado, normalmente compartido inicialmente, luego suele dar paso a una normalización y a una flexibilidad en la que los componentes de la relación buscan una relativa independencia, permitiendo una mayor porosidad en los límites de la pareja. De esta forma, se mantienen el resto de las necesarias relaciones del individuo con su sistema.

Hay diferentes razones que pueden truncar tal evolución, y detenerse en la inicial exclusividad: patrones cognitivos y experienciales pasados como los descritos anteriormente, experiencias traumáticas recientes, o en general situaciones contextuales que hagan del individuo una persona especialmente vulnerable en esos momentos. Sea de una forma o de otra, lo cierto es que de las inseguridades debidas a estos motivos nacen los celos patológicos. El deseo de que la pareja mantenga una relación exclusiva acaba provocando unas constantes pautas comunicacionales marcadas por las acusaciones y las sospechas. Los motivos de la permanencia de una relación como ésta pueden ser diversos. En el caso que se describe a continuación, el temor a que la pareja cometa un acto suicida mantiene unida a una pareja en una mutua infelicidad.

Carlos y Cristina acuden a una primera consulta planteando “dificultades en la comunicación”. En días pasados, Cristina, con la ayuda de dos vecinos, consiguió *in extremis* que Carlos desistiese



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

de la idea de tirarse por la ventana del piso que compartía con su novia. Fue llevado al servicio de urgencias por un intenso cuadro de ansiedad. Los celos de Carlos no eran nada nuevo para Cristina; siempre habían sido “tolerables”, pero en los últimos meses se habían agudizado de tal forma que la convivencia comenzaba a ser insoportable. Cristina sabía que “*tenía que haberle dejado la primera vez que lo intentó*”, y constantemente fantaseaba con hacerlo, pero nunca se atrevía pensando en la culpabilidad que le generaría que Carlos acabara por suicidarse. Carlos era consciente de que sus acusaciones no eran en absoluto fundadas, pero “no lo podía evitar”. El vínculo emocional entre ambos era muy intenso, pero eso a Cristina ya no le compensaba. Llevaba meses siendo espiada e interrogada. Incluso, para demostrar su inocencia ante las acusaciones, había dejado que Carlos instalase en su teléfono una aplicación que permitía ser localizada en cualquier instante. Pero, como suele ocurrir en estos casos, no fue suficiente. Cada resquicio de duda o bien lo contrario, cada explicación con “demasiados” detalles, eran para Carlos una “prueba” de que algo raro estaba ocurriendo. Comenzaba entonces una discusión en la que, según el relato conjunto, Carlos aparecía como una víctima ante los presuntos comportamientos lascivos de su pareja, y según iba aumentando la discusión de nivel, más se iba acercando a una ventana o a cualquier objeto con el que pudiera finalizar la discusión de una forma en la que él tuviera la “razón”.

El mantenimiento de este comportamiento tan patológico como peligroso de Carlos puede ser explicado de varias maneras. La amenaza de suicidio funciona como un reforzador para él ya que generalmente su comportamiento acaba por provocar más atención por parte de su pareja (“reforzamiento “positivo” según el lenguaje conductista) por mucho que esa atención sea nociva; por otra parte, el cese de la amenaza tiene como consecuencia una intensa sensación de alivio para Cristina (“reforzamiento negativo”). Si esta situación se perpetúa sin cambio alguno caben dos posibilidades: la primera, que Cristina soporte una relación en base al miedo de que Carlos un día lleve a cabo eficazmente su amenaza; la segunda, que abandone tal relación, con el consiguiente temor a que de igual forma ejecute su amenaza. En ambos casos, lo cierto es que los dos pierden, viéndose inmersos en un auténtico infierno de relación.

Desde otras perspectivas, este comportamiento puede explicarse en base a respuestas inadecuadas a cuestiones evolutivas o a anómalas construcciones del sistema conyugal. Desde una perspectiva sistémica estratégica, Jay Haley explicaría esta situación en base al concepto de *control y función sintomática*. El síntoma tiene como función el intento de Carlos de establecer unas nuevas reglas entre la pareja. Si Carlos quiere redefinir los roles entre ambos, puede intentar hacerlo de una manera más “sana”, pero aquí nos encontramos con que lo está haciendo de una forma que acaba por ser una estrategia de control y sumisión hacia Cristina, tratando de establecerse como jerárquicamente superior a ella. Cristina mientras tanto se ve atrapada en una situación sin salida: si mantiene la relación, es culpada por las presuntas afrentas hacia Carlos. Si la rompe, se culpabiliza ella misma por lo que pueda pasar.

Estos mecanismos de control o culpabilidad que mantienen la relación se puede aplicar también a muchas otras situaciones: imaginemos que Carlos se encuentra mental o físicamente enfermo, con el consecuente temor de la pareja al “qué pasará si le abandono”, o bien que Carlos, por la razón que sea, desea que Cristina sea constantemente castigada por algo que haya hecho.

Dependiendo de cuál sea nuestra explicación, como terapeutas, de lo que ocurre, se elegirán vías distintas para intentar solucionar el problema, pero probablemente todas acaben confluyendo en que seamos capaces de hacer ver que en esto de las relaciones solo podemos poseer lo que no atamos firmemente.

Un último comentario a este respecto. A veces nos encontramos con personas que demandan atención urgente tras haber presentado “gestos” suicidas. Una situación típica es la del adolescente que, en un arrebatado de emocionalidad, hace una tontería de la que se cree que no hay una verdadera intención suicida. En ocasiones, nuestro “lado racional” nos hace banalizar tal “gesto” por no considerarlo de suficiente entidad. Si bien fríamente podemos pensar que este comportamiento será único o pasajero, ya que la vida suele dotar de unas cuantas oportunidades, y esa persona ya se dará cuenta, lo cierto es que si minimizamos del tal forma el riesgo y no le concedemos la atención que se merece, corremos el peligro de que el comportamiento se repita o en el peor de los casos, que se vaya de las manos y adquiera una importancia mucho mayor.

En este artículo se pretenden ejemplificar algunas de las razones que pueden llevar al mantenimiento de las parejas en base al miedo o al temor, sea éste de la naturaleza que sea. No se pretende ser exhaustivo, posiblemente queden muchas razones por describir. Y sin embargo, el lector echará de menos un poderosísimo motivo que por desgracia lleva muchos años siendo noticia en nuestra sociedad: la violencia en la pareja, ese absurdo, denigrante y vomitivo mecanismo de coerción que acaba por anular a la persona negándole la posibilidad de elegir libremente con quién convivir en base a instrumentos tan primitivos con los golpes o los insultos. Dejar fuera de este artículo cuestiones como la violencia de género se basa en motivos de pertinencia. La breve extensión de estas reflexiones haría que se dedicase al tema un espacio minúsculo en relación con la gravedad del asunto, por lo que resolverlo en unas cuantas líneas no sería más que una banalización inmerecida. El lector podrá encontrar innumerables fuentes donde podrá consultar una descripción más adecuada de este proceso.

Releyendo estas palabras me he dado cuenta de que utilizo en ocasiones la primera persona para referirme a las situaciones o temores descritos. Supongo que tendrá que ver con que cualquiera de nosotros puede verse envuelto en problemas de este tipo, por mucho que por nuestra profesión conozcamos los riesgos que rigen en toda relación, y supuestamente, cómo minimizarlos o solucionarlos. En nuestras relaciones cotidianas a veces nos dan a entender que deberíamos ser inmunes a los problemas que nos presenta la gente en la consulta. ¿Es que un psicólogo también se deprime? Pues tenemos tantos derechos y razones como los demás, de la misma forma que mi otorrino me ha confesado, para mi estupor, que también sufre de infecciones de oído.

BIBLIOGRAFÍA

Israeli, M., Kristt, D., Nardi, Y. & Klein, T.: Genetic Considerations in Human Sex-Mate Selection: Partners Share Human Leukocyte Antigen but not Short-Tandem-Repeat Identity Markers. *American Journal of Reproductive Immunology*. Volume 71, Issue 5, pages 467-471, May 2014.

Véase, por ejemplo:

<http://www.lavozdegalicia.es/noticia/sociedad/2014/04/04/genes-compartidos-determinan-atraccion-sexual/00031396602511617317934>.

O bien: <http://www.elpais.com.uy/vida-actual/atraccion-sexual-depnde-genes-compartidos.html>.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.: *Pragmatics of Human Communication*. W. W. Norton Company, Inc., New York. 1967. Trad. Española: *Teoría de la Comunicación Humana*, Herder Editorial, Barcelona. 1981.

Bowlby, J.: *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization Monograph. 1951.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S.: “Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation”. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1978.

Fromm, E.: *The Art of Loving*. New York. Harper & Row Publishers. 1956. Trad. Española: *El Arte de Amar*. Paidós Ibérica. 1992.

Haley, J.: *Strategies of Psychotherapy*. Grune & Stratton, Inc. New York. 1966. Trad. Española: *Estrategias en Psicoterapia*. Ediciones Toray. Barcelona. 1987.

4

LOS MIEDOS DEL TERAPEUTA: ABORDAJE DESDE EL PSICODRAMA

Marisol Filgueira Bouza
DOCTORA EN PSICOLOGÍA,
PSICÓLOGA CLÍNICA, PSICOTERAPEUTA,
PSICODRAMATISTA,
TERAPEUTA FAMILIAR. SUPERVISORA
CLÍNICA Y DOCENTE. PROGRAMA
DE TRASTORNO MENTAL GRAVE,
HOSPITAL MARÍTIMO DE OZA DE A
CORUÑA. FUNDADORA, CO-DIRECTORA,
SUPERVISORA Y PROFESORA ESTABLE
DEL INSTITUTO DE TÉCNICAS DE GRUPO
Y PSICODRAMA EN GALICIA (ITGP-G).

ma.soledad.filgueira.bouza@sergas.es

Resumen: una reflexión sobre los miedos y riesgos en la profesión del psicoterapeuta, con propuestas prácticas para su manejo a través del psicodrama.

Palabras clave: psicoterapia, psicodrama, miedos, riesgos, supervisión.

Abstract: a reflection on the fears and risks in the profession of the psychotherapist, with practical approaching proposals through psychodrama.

Keywords: psychotherapy, psychodrama, fears, risks, supervision.

“Todos necesitamos que alguien nos mire. Sería posible dividirnos en cuatro categorías, según el tipo de mirada bajo la cual queremos vivir. La primera categoría anhela la mirada de una cantidad infinita de ojos anónimos, o dicho de otro modo, la mirada del público. ... La segunda categoría la forman los que necesitan para vivir la mirada de muchos ojos conocidos. Estos son los incansables organizadores de cócteles y cenas. Son más felices que las personas de la primera categoría quienes, cuando pierden a su público, tiene la sensación de que en el salón de su vida se ha apagado la luz. A casi todos les sucede esto alguna vez. En cambio, las personas de la segunda categoría siempre consiguen alguna de esas miradas. ... Luego está la tercera categoría, los que necesitan de la mirada de la persona amada. Su situación es igual de peligrosa que la de los de la primera categoría. Alguna vez se cerrarán los ojos de la persona amada y en el salón se hará la oscuridad. ... Y hay también una cuarta categoría, la más preciada, la de quienes viven bajo la mirada imaginaria de personas ausentes. Son los soñadores”.

MILAN KUNDERA (1984),
La insoportable levedad del ser.

1 Introducción

Me piden la visión de una psicoterapeuta veterana sobre los miedos del terapeuta. 30 años ejerciendo la profesión deben considerarse veteranía. Me pongo a reflexionar sobre ello: primero he de integrar “mi veteranía” y después visualizo las etapas en mi trayectoria. A primera vista, diría que la primera etapa está marcada por la inseguridad y la búsqueda de referentes con los que afianzar el aprendizaje y sustentar la práctica, predomina el miedo a “quedar en evidencia” o a “no estar a la altura”, particularmente a los ojos de los referentes admirados; una etapa intermedia de apasionamiento técnico y con los logros, y de luchas tribales entre escuelas, donde destaca el miedo a la “soledad profesional” (juego significativo si se considera mi nombre “de pila”) y a la duda sobre la garantía de los fundamentos, y donde el narcisismo puede jugar malas pasadas; la etapa avanzada conduce a la tolerancia (que no superación) de los miedos, los cuales se incorporan con naturalidad en la relación terapéutica. Diría que, finalmente, sobreviene el “miedo a perder los miedos” y, con ello, los puntales protectores de una buena y cautelosa práctica. Y ahora tengo miedo a no haberme explicado bien y a que toda esta reflexión sobre los miedos parezca una “bobada” improvisada para justificar el artículo que se me demanda, luego se me antoja que se cierra el círculo retornando al miedo inicial sobre “no estar a la altura” y “quedarse solo” (el miedo más nuclear). Pero entiendo que los miedos protegen contra la certeza, el fundamentalismo y la prepotencia, así que opto por conservar mis miedos. Una forma de sobrellevar los miedos y protegerse contra los riesgos de la profesión es la práctica sistemática de la intervisión (supervisión entre iguales).

En este proceso íntimo, se puede ver un paralelismo con las etapas evolutivas en un proceso grupal, donde los participantes comienzan enfrentando la tarea relativamente aislados y temerosos, buscando su lugar y las normas de funcionamiento, y van estableciendo vínculos que aportan seguridad y configuran subgrupos (interdependencia), los cuales llegan a enfrentarse entre sí y con el terapeuta (luchas de poder, contradependencia) en la búsqueda de identidad, al tiempo que van construyendo una cohesión (matriz grupal) necesaria para la cooperación hacia los objetivos comunes, que eventualmente produce la ilusión de la omnipotencia (encantamiento grupal), pero contribuye también a superar en su momento las discrepancias y divergencias que ponen al grupo en riesgo de escisión, accediendo finalmente a un nivel de acuerdo e intimidad sólidos que traen la madurez necesaria para la emancipación (independencia) y la transcendencia.

Los estudios sociométricos arrojan configuraciones lineales (de aislamiento) en las etapas tempranas de los grupos, circulares (de colaboración) a medida que avanza el proceso, y espirales (de proyección al exterior) hacia el final.



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

2 Riesgos de la profesión e imperativos éticos

El estudio del rol profesional del psicoterapeuta debe pasar por un planteamiento de formación, terapia personal, autocuidado y supervisión que incluya el trabajo con la propia biografía y las relaciones familiares y sociales.

Burmeister y Álvarez Valcarce (2009), advierten sobre las exigencias y los riesgos de la profesión del psicoterapeuta: *“Cada terapeuta se compromete a explorar y conocer tanto su propia historia y biografía como su realidad vivencial en el presente a través de ofertas de auto-experiencia y supervisión. El objetivo de estos procedimientos es no contaminar la relación terapéutica con las propias necesidades o intereses del terapeuta, aunque sea de una forma inconsciente”*. Destaco algunas cuestiones más relevantes:

- I. **Sobre la relación terapeuta-paciente.** El coordinador de grupos puede tener escenas temidas no resueltas que le produzcan reacciones contratransferenciales o de contraidentificación proyectiva y dificulten sus funciones. Estas deben ser resueltas durante el período de su formación.
- II. **Sobre la formación en Psicoterapia de Grupo.** La formación deberá contener una serie de criterios que se deben cumplir en todos los centros acreditados dentro de un territorio nacional. Estos son los homologados en el ámbito europeo: la duración del programa será de, al menos, tres años, ofrecerá tres niveles de formación (básico, avanzado, superior), y constará por lo menos de un total de 600 horas (terapia personal, capacitación técnica, contenidos teóricos) más 100 horas de práctica supervisada. Estas cifras están sujetas a evaluación continua y deben ser interpretadas como un compromiso mínimo de calidad que responde a las necesidades de la enseñanza en el campo de las ciencias sociales en general.
- III. **Temas que requieren especial atención.**

El poder: Las dos posiciones extremas posibles del terapeuta -la negación del poder con buenas intenciones o el manejo incontrolable del poder- reflejan la necesidad de esclarecer las experiencias propias del poder del terapeuta y su postura ante el tema.

La sexualidad: La infracción de la abstinencia de sexualidad dentro de la relación terapéutica se motiva, en la mayoría de los casos, por algún malentendido con estos temas, siendo aplicable a los dos lados de la relación.

Violencia y agresividad: ... a través del perfil prefigurado del rol del terapeuta se bloquea su expresión libre y espontánea. Al contrario, el rol requiere tolerar agresividad y hostilidad para proteger los límites del espacio terapéutico y encontrar una respuesta adecuada. Para garantizar el buen manejo de esta situación, difícilmente soportable, el terapeuta debe

recurrir muchas veces a la ayuda de la supervisión, aunque choque con el mito terapéutico (de la omnipotencia).

La dimensión narcisista: El deseo narcisista de recibir cariño y empatía puede influir en la cuestión de la duración de la terapia (conclusión narcisista). La negación de derrotas o dificultades dentro del proceso terapéutico, motivada por razones narcisistas, puede conllevar como resultado la creación del rol de luchador solitario, y puede causar a largo plazo consecuencias serias para su propia salud (“burnout”).

Expectativas: Como resultado de unas exigencias poco realistas, muchos terapeutas tienden a negar fracasos terapéuticos o dificultades dentro de la terapia. Asimismo tienden a negar su propia agresividad. Por todo ello están sujetos a una alta incidencia secundaria de depresiones, enfermedades de adicción y también a una cuota alta de suicidio. Por eso, para el terapeuta es necesario contar con supervisión y psicoterapia personal cuanto antes, para evitar así caer en la trampa del mito de la omnipotencia y de exigencias sociales cada vez más altas sobre su propio rendimiento terapéutico. Es durante la formación del futuro terapeuta cuando hace falta estimular a todos los estudiantes para que no se expongan a sí mismos y a sus clientes a un riesgo no suficientemente controlable, e invitarles a adjudicarse la misma protección y la misma ayuda que estarían prestando en otras ocasiones a sus propios clientes.

IV. Sobre Ética y Deontología. Los principios éticos expuestos a continuación han sido aprobados para su aplicación a cualquier forma de psicoterapia, garantizando la calidad y la protección del espacio terapéutico.

Respeto a la autonomía, la autodeterminación y la dignidad del otro: La dependencia del cliente en el marco de la psicoterapia determina también la protección de su personalidad (compromiso de confidencialidad) y el manejo cuidadoso y responsable, sobre todo con los temas vergonzosos.

Principio de evitar daños (primun non nocere): El psicoterapeuta debe buscar ayuda externa (supervisión, “segunda opinión”) en situaciones de falta de claridad o falta de seguridad sobre los principios antes expuestos.

Compromiso de ayuda (diferente de paternalismo): El terapeuta ejerce una función de mucha responsabilidad por el conocimiento de detalles íntimos del cliente. De ello se desprende la necesidad de un alto grado de exigencia hacia un buen cuidado de sí mismo. Tiene que proporcionar una solución adecuada cuando él mismo ya no puede y/o no quiere facilitar la ayuda necesaria (coterapia, derivación...).

El principio de la justicia (reparto de recursos): Cuando el terapeuta distribuye su tiempo y sus capacidades, no debe centrarse sólo en algunas terapias aisladas, sino que debe considerar el total de la demanda terapéutica que tiene que cubrir.

“La negación de derrotas o dificultades dentro del proceso terapéutico, motivada por razones narcisistas, puede conllevar como resultado la creación del rol de luchador solitario”

3 Propuestas prácticas

Los profesionales de ayuda invierten su energía en hacerse cargo de otros, necesitan que también alguien se haga cargo de ellos.

Portnoy (1996), ha elaborado una guía de auto-ayuda para las variantes del estrés ocupacional en profesionales de servicios humanos, señalando causas externas (variables del entorno laboral) y causas internas (creencias y características de personalidad que proceden de influencias familiares, socavan la capacidad de autocuidado y resultan en sobreimplicación con el trabajo y, por tanto, desgaste). Así, detalla las características de las personalidades vulnerables:

- **hiperresponsabilidad:** no toleran defraudar, se culpan en exceso de los fallos, autoestima basada en el cumplimiento y en el éxito.
- **sobreinvolucración con el trabajo:** absorben los problemas y estados emocionales de los otros y tratan por encima de todo de resolverlos y lograr su bienestar, debilitándose los límites y desatendiendo las propias necesidades.
- **autovaloración basada en logros:** necesitan el éxito y el cumplimiento, sienten culpa y se menosprecian ante fallos o fracaso.
- **orientación al exterior:** identidad y valor basados en el hecho de dar y ayudar a los demás, no valoran sus cualidades internas.
- **negligencia ante las necesidades personales:** acelera y agrava el proceso de desgaste.
- **autosuficiencia:** necesidad de mostrar fortaleza y no dejar ver las debilidades o limitaciones por temor al rechazo y a la pérdida de control, desconfianza hacia los demás...
- **intolerancia de la discordia:** inhibición y sumisión ante las opiniones de otros, necesidad de agradar, evitación de la tensión y los conflictos renunciando a las propias opiniones.

Y también los escenarios familiares que favorecen prácticas de riesgo: falta de predictibilidad, menores adultos, familiares discapacitados, problemas de límites, roles estereotipados, transmisión de normas y expectativas (lealtades)...

Su programa de autocuidado incluye la atención a diferentes aspectos:

Autocuidado emocional. Poner límites, tomarse tiempo libre, pasar tiempo con personas de confianza, revisar el nivel de autoexigencia/autotolerancia...

Autocuidado físico. Hacer ejercicio regularmente, dormir bien, dieta sana, revisiones médicas.

Autocuidado financiero. Planificar la jubilación, inversiones, administrar el presupuesto.

Autocuidado espiritual. Afiliaciones religiosas, meditación, actividades artísticas y tiempo en contacto con la naturaleza.



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

Harrison y Westwood (2009), en un estudio sobre Trauma Vicario en terapeutas, recomiendan su atención por medio de: supervisión regular (en el contexto de una relación de supervisión de apoyo); redes de apoyo social y de iguales; equilibrio entre la vida personal y el trabajo; autocuidado holístico (incluyendo terapia personal); y auto-conciencia plena dentro y fuera del lugar de trabajo.

En Filgueira Bouza, Castro Soto et al. (2013, en imprenta), hemos presentado el modelo de supervisión/intervisión en grupos de autocuidado del ITGP-Galicia con el método psico(socio)dramático, desde la teoría de roles de Moreno y con un enfoque narrativo-construccionista (co-creación de nuevos roles y escenas). Reconocemos la necesidad de los cuidados del cuidador para preservar su capacidad y rendimiento, “aprender a cuidarse para poder cuidar” (Delgado 2006, 2012). La resistencia (o miedo) a admitir dicha necesidad tiene que ver con las expectativas, demandas y conflictos de los roles/contrarroles, la deseabilidad social, la dificultad para enfrentar y atender las propias debilidades, limitaciones o necesidades... (Filgueira Bouza, 1991). Proponemos el estudio del rol profesional y la cadena histórica de escenas concatenadas hasta llegar a la matriz primigenia de los roles actuales para un trabajo de rematrización (Filgueira Bouza y equipo ITGP-Galicia, 2011-2014). Realizamos un análisis del solapamiento e impacto recíproco entre la vida personal y la vida profesional, mediante la exploración y el trabajo con los racimos de roles y escenas en los diferentes ámbitos de interacción. Utilizamos caldeamientos estructurados (ejercicios dirigidos, símbolos y rituales), con la referencia del mito de Quirón “el sanador herido”, para trabajar las escenas que traen los participantes de la biografía personal y sus casos del ámbito profesional. Revisamos cuestiones teóricas y técnicas, trabajando vivencialmente con la dinámica grupal y el encadenamiento de escenas que evocan los participantes en la experiencia. Realizamos las exploraciones de roles y escenas con instrumentos sociométricos, tests de la pareja y la familia, y cuestionarios de síndromes profesionales y de autocuidado. Emergen en este proceso escenas con las figuras significativas de la biografía personal, desvelándose heridas y corazas, sobrecargas emocionales, pautas interactivas, perfiles vinculares y paralelismos entre la experiencia individual, familiar, social y profesional. Buscamos el desarrollo de habilidades para el autoanálisis y el análisis e intervención sobre las dinámicas interactivas en los diferentes escenarios de la vida del profesional de ayuda: pareja, familia, grupo social y entorno laboral. Se trata globalmente de entrenar a profesionales de ayuda en la aplicación de instrumentos diagnósticos y terapéuticos para la intervención con parejas, familias y grupos en sus diferentes tipologías, ofreciéndoles simultáneamente una oportunidad para el autocuidado y la supervisión/intervisión de dificultades del ámbito laboral acaso enraizadas en la biografía personal y familiar (Filgueira Bouza y cols. 1991-2014). La metodología y los procesamientos se pueden consultar en Filgueira Bouza y cols (2008-2011, en imprenta).

Martínez Bouquet (1997, 2005) propone un pensamiento en escenas (paralelo a la escucha psicoanalítica), en dos niveles: manifiesto y latente. El proceso escénico hacia la dramatización

consiste en un encadenamiento de escenas que va desde la escena imaginaria o latente, pasando por la escena desde el punto de vista de los individuos (percepciones y dinámica grupal como como puente y filtro), hasta la escena dramatizada o manifiesta (observable) que se representa sobre el escenario. La escena latente es el nivel inconsciente, la estructura y significado oculto subyacente a la actividad discursiva manifiesta, constituyendo su determinante y fuente de su dinámica. Contiene el denominador común de los inconscientes individuales y está determinada por la biografía personal, la historia del grupo, y la historia del contexto donde transcurre el grupo.

Kesselman, Pavlovsky y Frydlevsky (1981) elaboran una propuesta estructurada para el trabajo con las escenas temidas del coordinador de grupos. El objetivo es trabajar sobre lo personal de cada coordinador y su singular relación con sus grupos. En las situaciones grupales, en general, cada uno tiene una idea más o menos clara de sus dificultades concretas y recursos. A veces, las dificultades están dadas por un desconocimiento teórico o técnico de las posibilidades de manejo; en otras, los problemas aparecen por dificultades personales frente al grupo. Ampliando esta observación, cada cual coordina de acuerdo a la persona que es e impregnado de su historia personal y con los otros, teniendo una menor o mayor conciencia de sus posibilidades y de sus conflictos interpersonales. En toda situación de regresión grupal, el terapeuta o coordinador regresa también porque está en el grupo. La pregunta será entonces: ¿cuáles son las situaciones en las que cada uno entra en regresión más fácilmente según sus series complementarias, y cuál su capacidad para salir de ellas? La tarea será, pues, verse en y frente al conjunto en espejos multiplicados, introduciéndonos en la mirada especular de los otros, aprendiendo de sí y de los otros en el trabajo de coordinación. Para ello, recreamos situaciones de la práctica cotidiana donde intentamos conocernos y reconocernos en los momentos conflictivos de todos, considerar la posibilidad de aprendizaje de un repertorio de conductas alternativas para encararlos, o bien la elección de parejas homólogas o complementarias en el trabajo de co-coordinación. Si podemos compartir esta búsqueda, esta disposición personal y grupal, podremos crear el contexto de seguridad psicológica que este tipo de tarea exige.

Temas emergentes más frecuentes: Abuso de poder del terapeuta. Sexo y agresión en el grupo. Abuso en el rol de paciente. Rechazo al/del paciente. Exponerse, encierro narcisístico: que descubran mi desconocimiento, miedo a la desvalorización, a no saber expresarse, a no ser respetado... La distancia y el cuerpo, la ausencia. Sobrecargarse, sobreinvolucrarse. Sobreexigencia. Confrontaciones, cuestionamientos. Pánico al descontrol o desbordamiento del grupo, acting-out de los participantes. Bloqueo e impotencia frente al propio desbordamiento emocional, por contraidentificación. Desvelamiento de la contratransferencia, acting-out del terapeuta...

Proceso:

a) Las escenas temidas.

os momentos difíciles más habituales por los que suele pasar el coordinador en el desempeño profesional del rol (temores, dificultades, errores, pesares, enganches de la historia personal con ciertos temas o pacientes, trampas, desafíos, momentos embarazosos o terribles...). Pueden quedar como secretos o misterios de cada coordinador, ser objeto de confesión amistosa y de bromas sobre la psicopatología de la vida cotidiana de los coordinadores de grupo, o convertirse en objeto de profundización y en una verdadera oportunidad de cambio y aprendizaje para cada coordinador. Las imágenes conflictivas de nuestra vida profesional pueden ser “especializadas”, esto es, representadas dramáticamente en el espacio en forma de escenas. Si la escena temida es representada dramáticamente bajo la guía del propio interesado en estudiarse a sí mismo, llegamos al momento, objetivado en otros, de su propia dificultad. Allí se abre el camino por una pregunta que viene sola: esta escena temida para este coordinador, ¿qué está encubriendo de él mismo?, es decir, ¿de qué escena latente de la vida personal del coordinador es representante y a la vez encubridora, esta escena temida de su quehacer profesional?

b) Las escenas consonantes.

La escena temida es utilizada como “vía regia” para llegar al inconsciente del coordinador de grupo. Si se le invita a asociar ideas, realizar soliloquios y aislarse momentáneamente, en compañía de los otros, pero en un ejercicio de introspección hacia su propia historia, en una regresión guiada por el conductor del ejercicio sobre sus propios momentos vitales que hagan eco con el afecto de la temática planteada en la escena temida, es posible rastrear una o varias escenas (usualmente de su vida familiar) que, por vibrar de forma tan parecida con la escena temida, las llamamos escenas consonantes (o escenas familiares asociadas consonantes). Estas escenas pueden también ser representadas dramáticamente, y aluden siempre a una estructura modular subyacente. Nos preguntamos entonces, ¿qué conviene hacer desde esta escena?, ¿cómo seguirla trabajando para que adquiera más profundidad didáctica?, es decir, ¿cómo tratar esta regresión, que hemos intentado producir en el protagonista, para que le permita a éste salir provechosamente, o sea, aprendiendo de esta regresión?

c) Las escenas resonantes.

La interpretación deja un poco borrosas las imágenes multipersonales, para descubrir las relaciones prehistóricas o más antiguas que subyacen a cada vínculo multipersonal. Profundizar es, desde este enfoque, ir despejando recuerdos, imágenes, escenas que encubren las imágenes fundamentales (más primitivas) de nuestra conducta. Las técnicas psicodramáticas y de acción tienen el beneficio de la apropiación de cada escena personal por el conjunto de un grupo, para acceder también, por



“When Life is Young: a collection of verse for boys and girls” de Mary Elizabeth Dodge, 1894.

ese camino, a la profundidad del conocimiento del sujeto. Por ello, concebimos la posibilidad de transformar esta escena “consonante” en un medio de trabajo para cada integrante del grupo. Le pedimos entonces al protagonista que preste la escena a los demás, para que circule libremente por el grupo. Tomamos cada trozo de la escena para sacarle algo así como una fotografía amplificada, de tal manera que, en lugar de reducirse a las relaciones prehistóricas, esta escena comienza a multiplicarse, a enriquecerse con la mirada, el oído, las actitudes, los sentimientos, las reacciones y las palabras de los otros. Sucede como en los salones de espejos que nos devuelven nuestra imagen exagerada en distintos puntos de nuestro esquema corporal, donde cuesta reconocer la imagen que nos devuelve el espejo y que, sin embargo, nos representa. La escena “consonante”, así representada y trabajada con la multi-resonancia del conjunto, permite llegar a una gestalt básica, pluridimensional y totalizante, que se contrapone a la visión monocular y parcializadora del protagonista en los momentos en que éste se encuentra examinándola aisladamente, suministrándole nuevas perspectivas con las que se dirige nuevamente a examinar sus escenas temidas. Las escenas “temidas” así tratadas dejan de ser solamente “encubridoras”, para transformarse en “descubridoras” y para formar, como en un rompecabezas que se vuelve a armar en conjunto con la resonancia en los otros, esta nueva escena “mutativa”: la escena “resonante”. El tema de la escena asociada “consonante” circula entre los participantes y resuena en sus interiores, se multiplica hasta el infinito como un gran amplificador de sonidos y de imágenes. Se va incorporando en el protagonista un repertorio enriquecido de respuestas posibles frente a la situación inicial, hasta llegar a un clímax de resonancias que completan una gran escena (integración en una sola gestalt de variaciones sobre el mismo tema), que contiene la totalización de los miedos posibles y de las defensas posibles contra estos miedos, en este tema que le complica su vida profesional. Es la escena “resonante”. Esta totalización, al ser internalizada por el protagonista, le permite emerger de la regresión en la que lo había sumido su visión parcializadora y aislada.

d) La vuelta a la escena temida: la escena resultante.

El protagonista vuelve a representar la escena temida, que ya no suena en su interior de la misma manera. Su bloqueo narcisístico, la novela familiar que subyacía a su escena temida se ha transformado. La ha reescrito con sus compañeros y ha quedado sobreimpresa para transformar seguramente su óptica de la antigua escena temida, que tiene para él, desde ahora, una valoración distinta, mucho más rica que la que tenía antes de ser tratada de esta forma. Está listo, además, para consonar y resonar con las escenas temidas del resto de sus compañeros. Su novela profesional (equivalente de su novela familiar) ha comenzado a modificarse.

e) El efecto de la multiplicación dramática y las construcciones grupales.

“Mi escena temida es de todos”, “Todas las escenas temidas son mías”, “Pienso solo y soy pensado por el grupo”. El espejo cóncavo de las mediatizaciones subjetivadas, redescubre en su obra una

pluridimensionalidad de la que carecía su boceto original. Es verdad que el boceto fue distorsionado, deformado, arrancado en cuajos de su forma naciente; pero esa deformación que pareciera romper estéticamente con su coágulo inicial, no hace sino redescubrir las formas que permanecían adormecidas, ocultas o latentes en su primera formulación estética. Una escultura hecha entre varios potencia las formas muertas de la original, es una escultura totalizadora y tetradimensional que completa la visión unívoca y parcial de un solo observador, una suma de subjetividades que aproximan una objetividad globalizada. Cada nueva subjetividad incorpora la síntesis de las subjetividades previas. Uno habla mientras otros escuchan desde su experiencia y subjetivan el relato. Cada cual enfoca su canal y la trama argumental se abre en abanico. Se proyectan e interpretan los personajes subjetivados. Un teatro circular, una danza de subjetividades, donde cada interlocutor pasa la película de su historia proyectándola en la pantalla de lo imaginario. Los personajes ganan matices. La escena original es apropiada por todos. Todos los relatos subjetivados se enriquecen.

“Cada nueva subjetividad incorpora la síntesis de las subjetividades previas”

Plan de Trabajo (Kesselman, Pavlovsky y Frydlevsky reestructurado por Filgueira Bouza):

1. Autopresentación e integración de los miembros del grupo. Ejercicios sociométricos (verbales, corporales, sensitivos...) de caldeamiento, movilización y construcción de la matriz grupal (confianza, intimidad y cohesión).
2. Juego del “jardín de infancia” para la exploración de roles/escenas y desencadenar la regresión.
3. Listado de conflictos propios de la coordinación sacados de la experiencia de los participantes. Explicitación de los miedos y ansiedades persecutorias en el “aquí y ahora” (miedos individuales y miedos proyectados). Explicitación de la autoconfianza. Juego del “secreto inconfesable”.
4. Subgrupos temáticos, creación de imágenes (escena plástica o imagen dramatizada, no verbal, que los exprese), dramatizaciones grupales para la exploración de escenas consonantes. Síntesis dramática donde se escenifica plásticamente lo trabajado por subgrupos para compartirlo en el grupo grande. Muestra de cada escena-síntesis de cada uno de los grupos pequeños frente al conjunto e intentos de elaboración teórica.
5. Título y dramatización individual de la escena temida profesional de cada uno de los coordinadores-participantes. Trabajo con las escenas consonantes y resonantes, y ensayo de vuelta a la escena temida individual con la escena resultante. Cada cual interioriza la escena conflictiva de cada compañero y adquiere una gestalt de la silueta de un coordinador con todos sus temores.
6. Escenas de duelo de cada coordinador: trabajo de duelo para la elaboración de la dependencia del terapeuta y el grupo. Escenificaciones no verbales de las despedidas.
7. Rituales de integración.
8. Comentarios finales.

Ejercicios

1º) Jardín de Infancia: “primer día en el jardín de infancia, niños cuyas madres acaban de dejarlos en clase, tienen 4 o 5 años, aproximadamente, y esperan la llegada de los maestros”. Los coordinadores pueden participar por instantes en la dramatización para movilizar situaciones que se han estereotipado defensivamente, o bien para contener despliegues afectivos que eclipsan la percepción y la vivencia de la estructura dialéctica subyacente a la escena: por ej., lo temido incluye a lo deseado, la parálisis a la acción, la indiferencia a la envidia, la agresión al sometimiento... Avanzada la dramatización, enfocamos aspectos parciales para escucharlos con mayor claridad: mientras el resto del grupo permanece en silencio, como un filme detenido por unos segundos, una parte de la escena total sigue en movimiento, por ej., una escena donde tres niños juegan a las canicas; luego, el soliloquio de un niño que se ha quedado aislado del resto, mirando, etc. Soliloquios, cambios de roles, doblajes, inclusión de una escena emergente en el desarrollo del juego... completan la dramatización. Por último, el grupo comenta lo sucedido a partir de las dos lecturas posibles: desde el rol vivenciado y reconocido, y desde la opinión interpretativa, hipotética, de la dinámica grupal. Finalidades del juego:

- a) favorece un ambiente de regresión referido a las primeras situaciones infantiles de aprendizaje fuera del hogar, de aquí partiremos para elaborar la dependencia transferencial con los directores del seminario;
- b) permite ver en su desarrollo el proceso de asunción de “roles” de los miembros participantes;
- c) adelanta los primeros modos de subagrupación y abre los canales de comunicación;
- d) facilita el despliegue escenificado de algunas fantasías grupales;
- e) permite vivenciar la dinámica de un grupo;
- f) integra los miedos y ansiedades en el desempeño de roles por medio del lenguaje dramático y su lectura comparativa con el lenguaje verbal;
- g) facilita la cohesión e intimidad grupal y, de este modo, contribuye al fortalecimiento de las condiciones de seguridad psicológica que la tarea exige.
- h) permite los diferentes niveles de lectura de la dramatización y los roles: interpretaciones personales (roles individuales), grupales (roles sociales), sociodramáticas (dinámica vincular en torno a la tarea), sociodramáticas transferenciales (fantasías frente a la tarea y a los coordinadores).

2º) Explicitar los miedos individuales: en círculo, expresar en voz alta el miedo aquí y ahora a la tarea, dirigiéndose cada uno a un compañero y explicando el motivo de su elección. “Temo... y te lo digo a ti porque...”.

3º) Explicitar los miedos proyectados en los compañeros: miedo a quién y por qué. Se remueven las miradas paralizantes. “Tú me haces temer...”.

4º) Explicitar la autoconfianza, expresando lo que no se teme con certeza. Desvela la negación del miedo y los mecanismos defensivos. “Lo que seguro no temo es...”, “Confío en...”.

5º) Los secretos inconfesables: un secreto inconfesable configura una escena donde tres se miran, pero se atan a la vez porque son testigos de lo que debe ocultarse, de lo que no puede ser dicho sin romper un pacto que lo define en la constitución de la identidad personal, pues la revelación implica siempre (en lo imaginario) una segregación. En una hoja anónima cada participante debe escribir escuetamente su secreto inconfesable como terapeuta, la anécdota y los sentimientos vividos. Luego, todas las confesiones son mezcladas en una caja. Ahora, cada secreto es de todos y todos los secretos son de cada uno. Cada miembro, al azar, retira una de las hojas que lee en silencio y que después volcará en voz alta al conjunto, en un lenguaje verbal dramatizado como si fuera su propia confesión. El grupo preguntará o no, o simplemente expresará los sentimientos generados. Escultura grupal del secreto compartido (síntesis dramática).

5º) Trabajo en grupos pequeños: de la técnica dramática al concepto, para otra formulación dramática, para otro concepto. Dramatización individual profundizada de la escena temida profesional de cada participante à Psicodrama de la escena consonante (asociada familiar) à Escena resonante (percepción múltiple grupal) à Escena resultante (ensayo de vuelta a la escena temida individual) à Síntesis dramática (del trabajo realizado) en una escenificación plástica que incluye lo “vivido” y la conceptualización de la exploración realizada a los subgrupos vuelven a juntarse para mostrar las escenas-síntesis (lenguaje en escenas) de cada uno de los grupos pequeños, ahora frente al conjunto; intentos de conceptualizaciones teóricas.

El Módulo 2 del Tercer Ciclo de Autocuidado del ITGP-Galicia (Antas de Ulla, Lugo, 13-15 Diciembre 2013), fue dedicado específicamente a “Las escenas temidas del coordinador de grupos” con este marco. Los participantes supervisaron sus miedos desde los grupos profesionales de referencia, trabajando con el encadenamiento de escenas subyacentes a cada tema emergente. Escenas (temidas) de desconexión, distanciamiento, pérdida, desprotección, agresión, negligencia o abandono..., (consonantes) en diferentes esferas y etapas de la vida de los protagonistas, compartidas (resonantes) en la experiencia de los participantes, remitían inconfundiblemente a la latencia del miedo nuclear a la soledad (el frío, la oscuridad, la falta de afecto, la aniquilación...), que el grupo remonta mediante rituales tribales (hoguera y canto) en una escena final (resultante) que refuerza la seguridad por el sentido de identidad y pertenencia, integra perspectivas y amplía horizontes.



“The Pied Piper of Hamelin”
de Robert Browning, 1889

4 Conclusiones

La atención a la demanda como profesión, complacer al otro como imperativo y lealtad, demasiado tiempo en una escalada de sobrededicación, en una absurda noria de actividades (ni tan útiles ni tan ineludibles), el desplazamiento de las necesidades propias, incluso de la conciencia de que existen, demasiado tiempo dirigiendo, relegando la necesidad de soporte, forzando la fuerza y la resistencia, demasiado tiempo sin tiempo, hasta la inmersión en el aislamiento automático, con la irritabilidad a flor de piel y casi sin conciencia de lo desproporcionado de las respuestas ante cualquier estímulo exterior que ose distraer la alienación... Pasar de “te lo debo” a “me lo debo” es el salto necesario de los sanadores que desean sanarse y preservar la capacidad de sanar. El grupo de intervisión nos pone frente a los iguales en términos de necesidad y cuidados mutuos. No tengo que poder siempre, no tengo ese poder. Donde no llego, otros tomarán el relevo.

BIBLIOGRAFÍA

Arcelloni, T. y Ferrero, G. (2009). El duograma en la formación sistémica. Los terapeutas y sus relaciones de pareja. *Psicoperspectivas*, VIII (1), 95-230. [Psicoperspectivas](#) 12.04.2009

Ávila Espada, A., Caro Gabalda, I., Orlinsky, D., Rodríguez Oliva, S., Coscollá Iranzo, A. y Alonso Álvarez, M. (2000 Dic). El Desarrollo Profesional de los Psicoterapeutas Españoles. *Boletín de Psicología*, 69, 43-69.

Baer Mieses, S. y López Barberá, E. (1990-1991 Inv). *Terapia Familiar Sistémica Estructural-Psicodramática*. VÍNCULOS, 1, 103-118.

Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós.

Burmeister, J. y Álvarez Valcarce, P. (2009). *Encuadre General de la Psicoterapia de Grupo*. En: M.S. Filgueira Bouza et al. *Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama: Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial*. Cap. 1. [Lulu](#) 18.09.2009.

Bustos, D. (1975). *Psicoterapia Psicodramática*. Buenos Aires: Paidós.

Bustos, D.M. (1985). *Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática*. Buenos Aires: Momento.

Bustos, D. (2006). *Teoría de Clusters*. Artículo 2004 recogido por G. Reyes en: *Psicodrama. Paradigma, Teoría y Método*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Bustos, D. y Nosedá, E. (2007). Manual de Psicodrama en la Psicoterapia y en la Educación. Buenos Aires: RV Ediciones.

Canevaro, A. (2003 2º Cuatrim). La interacción entre el self personal y el self profesional del Terapeuta de Familia. Mosaico, 3ª Ep., 26, 8-12.

Chasin, R., Roth, S. & Bograd, M. (1989). Action Methods in Systemic Therapy: Dramatizing Ideal Futures and Reformed Pasts with Couples. Family Process, 28, 121-136.

Delgado, F. (2006, 2012). Saber cuidarse para poder cuidar. Educar Práctico. Centro de Humanización de la Salud. Promoción Popular Cristiana. Padres Camillos, 3ª edición. Madrid: Grupo SM.

Engram, B.E. (unpublished manuscript). Role Theory. Saint Elizabeth's Hospital. Washington, D.C.

Ferrer i Balsebre, L. (2009). Psicodrama Sistémico. En: M.S. Filgueira Bouza et al. Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama.- Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Cap. 10: Escuelas y enfoques en Psicodrama. **Lulu** 18.09.2009.

Filgueira Bouza, M.S. (1991 4º Trim - 1992 1er Trim). La cara oscura de la luna: metaterapia, encuentro en psicodrama y vínculos imaginarios. VI Reunión Nacional de la AEP: "Personalidad y Psicopatología del Psicodramatista". Santiago de Compostela, Abril 1990. In: Formaciones Psiquiátricas, 126-127, 413-419.

Filgueira Bouza, M.S. (1992). Psicología Grupal y Psicodrama. SISO SAUDE, Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental. Monografías nº 4.

Filgueira Bouza, M.S. (1993 Nov). Desgaste Profesional Acelerado en Trabajadores de la Salud.- Un Estudio Psicosocial. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Filgueira Bouza, M.S. (1994). Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud. SISO SAUDE, 23, 27-56.

Filgueira Bouza, M.S. (1995). El síndrome del <Burnout> y el tratamiento de los terapeutas. En: Trastornos afectivos. VI Jornadas de la Asociación Gallega de Salud Mental. Pontevedra: Smithkline Beecham, S.A.

Filgueira Bouza, M.S. (2008). Taller: La vida personal del psicoterapeuta. **AEP Internacional** 21.10.2008.

Taller vida personal del psicoterapeuta 30/09/2008

Filgueira Bouza, M.S. (2008, 2010 Sep). Psicodrama con Parejas y Familias, Autocuidado y Supervisión. Protocolo de Formación e Intervención. **AEP Internacional** 21/10/2008. La Hoja de Psicodrama, 2010(Sep), 18(58), 20-31.

Filgueira Bouza, M.S. (2010). Comunicación con ballenas y escenas familiares en prácticas de autocuidado. XXV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: "El Psicodrama del Siglo XXI". Sitges (Barcelona), 1 a 3 de Octubre de 2010.

Filgueira Bouza, M.S. (2011 Nov). Communication with whales and Family Scenes in Self-Care Praxis. Actas do IV Congresso Mediterraneo e Atlantico da IAGP: "Outros mares, novos olhares". Oporto, 7-10 Septiembre 2011. Gabriela Moita, Antonio Roma Torres e Liliana Ribeiro (Eds.). pp. 125-134.

PROCEEDINGS BOOK

Filgueira Bouza, M.S (2013 Jun). La Terapia Psicodramática (desde el enfoque clásico moreniano). Vínculos, 3ª etapa, 1, 5-41.

Vínculos junio13

Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta). Síndromes Profesionales del Psicoterapeuta: Propuestas de Autocuidado con Psicodrama. Revista de Psicoterapia y Psicodrama nº 3. Asociación para el Estudio de la Psicoterapia y el Psicodrama.

Filgueira Bouza, M.S. (en imprenta). Propuestas de Intervisión y Autocuidado con Psicodrama. Revista Brasileira de Psicodrama. FEBRAP.

Filgueira Bouza, M.S., Castro Soto, M., Fernández González, A., Haire Collins, A., Lorenzo Vila, MC., Alonso Búa, B., González Vázquez, A., Suárez Fernández, L., Hernando Román, C., Piñeiro Reiriz, E., Martínez Cortizo, M., Córdoba Gamallo, M. (en imprenta).

El Sanador-Herido: R-Evolución Personal en Retiro Grupo de Autocuidado ITGP-Galicia. XXVIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama: (R)evolución. Sevilla, 22-24 Noviembre 2013.

Filgueira Bouza, M.S. et al. (2009). Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama: Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. **Lulu** 18.09.2009.

Manual de formación en psicodrama AEP para en-cargarlo Madrid: Clemente Martínez Pérez.

Filgueira Bouza, M.S., García Rey, M. y Soler Baena, M. (1998). El Triángulo Amoroso: Parejas en Crisis". En: Psicodrama: una propuesta de futuro. XIV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Sevilla: Padilla Libros Editores & Libreros.

Filgueira Bouza, M.S. y Lamas Crego, S. (1999). El triángulo amoroso (Psicodrama de Parejas). *SISO SAÚDE*, 32, 5-26.

Filgueira Bouza, M.S., Lomonte, G., Castaldi, L. Torres, P., Latorre, I., Jarpa, J.M., Smith, M., Osses, C., Pérez Silva, R. y Paz Zarza, A.L. Psicodrama y Balleoterapia en los Grupos de Autocuidado RENOSUR 2010. (2010). **VIII Congreso Iberoamericano de Psicodrama. "...Se hace camino al andar..."**. La Habana, 14 a 19 de Mayo 2011. 03.05.2010.

Filgueira Bouza, M.S. y equipo ITGP-Galicia (2011-2014). Grupo de Autocuidado e Intervisión. Primer Ciclo (2011-2012), Segundo Ciclo (2012-2013), Tercer Ciclo (2013-2014). **Seminarios ITGP-Galicia**

Griffith, J.L. y Elliot Griffith, M. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas. En: Marcelo Pakman (comp.). Construcciones de la Experiencia Humana (vol. II). Barcelona: Gedisa.

Goldbeter-Merinfeld, E. (2004 3er Cuatrim). Formación y Proceso. *Mosaico*, 4ª Ep., 30, 22-25.

Guy, J.D. (1995). La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta. Barcelona: Paidós.

Hale, A.E. (unpublished manuscript). The Role Diagram Expanded.

Hale, A.E. (unpublished manuscript). The Social Atom.

Harrison, R.L., & Westwood, M.J. (2009). **Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices**. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (2), 203-219.

Herranz Castillo, T. (2009). Psicodrama de Pareja. En: M.S. Filgueira Bouza et al. Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama.- Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Cap. 9: Aplicaciones del Psicodrama. **Lulu** 18.09.2009.

Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.

Jung, C.G. et al. (1991). Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana. Barcelona: Kairós, Biblioteca Nueva Conciencia.

Kesselman, H., Pavlovsky, E. y Frydlevsky, L. (1981). **Las escenas temidas del coordinador de grupos**. Madrid: Fundamentos.

Martínez Bouquet, C. (1977, 2005). Fundamentos para una teoría del psicodrama. México, Buenos Aires: Siglo XXI. Cap. V. Lo dramático. **Teoría de la Escena**.

Kreutz Smolinski, A. (2004 3er Cuatrim). Supervisión + Superaudición + Superemoción = Superación. *Mosaico*, 4ª Ep., 30, 12-16.

Kundera, M. (1993). La Insoportable Levedad del Ser. Barcelona: Tusquets Editores.

Lamas Peris, C. (2007 Oct). Hablando de las Supervisiones. *Mosaico*, 4ª Ep., 3(38), 29-32.

López Barberá, E. (1991 Prim), Psicodrama de Parejas. *VÍNCULOS*, 2, 15-35.

López Barberá, E. (2006 May). El grupo interno familiar en la formación del psicoterapeuta. En: XXXIII Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo: "Procesos de Crecimiento". Pamplona.

López Barberá, E. (2009). Terapia Familiar Psicodramática. En: M.S. Filgueira Bouza et al. Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama.- Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Cap. 9: Aplicaciones del Psicodrama. **Lulu** 18.09.2009.

López Barberá, E. y Población Knappe, P. (1997, 2012). La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia. Barcelona: Paidós.

López Sánchez, J.M. (1982). El Psicodrama en Psiquiatría Clínica. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada: Anel.

Martínez Bouquet, C. (1977, 2005). Fundamentos para una teoría del psicodrama. México y Buenos Aires: Siglo XXI.

Mason, B. (2004 3er Cuatrim). Algunas ideas para la práctica de la supervisión. *Mosaico*, 4ª Ep., 30, 17-20.

Menegazzo, C.M. (1981). Magia, mito y psicodrama. Buenos Aires: Paidós.

Minuchin, S. (1979). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.

Mirapeix Costas, C. (1991 4º Trim - 1992 1er Trim). Acting-out contratransferencial. VI Reunión Nacional de la AEP: "Personalidad y Psicopatología del Psicodramatista". Santiago de Compostela, Abril 1990. Informaciones Psiquiátricas, 126-127, 477-481.

Moreno, J.L. (1962). Fundamentos de la Sociometría. Buenos Aires: Paidós.

Moreno, J.L. (1967). Las Bases de la Psicoterapia. Buenos Aires: Hormé.

Moreno, J.L. (1975). Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. México: Fondo de Cultura Económica.

Moreno, J.L. (1978). Psicodrama. Buenos Aires: Hormé, Paidós. Sección V. Teoría y Práctica de los Roles.

Pérez Muñoz, A. y Ortega, M. (2007 Oct). Aportaciones del Psicodrama a la Supervisión Clínica Sistémica. Mosaico, 4º Ep., 3(38), 33-35.

Población Knappe, P. (1985 Oct). **La Escena Primi-genia y el Proceso Diabólico**. Encuentro, 1, 20-28.

Población Knappe, P. y López Barberá, E. (1988 Oct-Nov). Psicodrama y Teoría General de Sistemas. Encuentro Internacional de Psicodrama. Barcelona.

Población Knappe, P. y López Barberá, E. (1996 2º Sem), **Supervisión Activa Total**. Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e intervenciones Sociales, 1(2).

Portnoy, D. (1996). Overextended and Undernourished: A Self Care Guide for People in Helping Roles. Hazelden: Center City MN.

Sarró Martín, A. (2007 Oct). La supervisión como espacio relacional. Mosaico, 4º Ep., 3(38), 11-13.

Schmoller, A. (2007). La Sombra: cómo iluminar nuestros aspectos ocultos. Buenos Aires: Kier.

Schützenberger, A.A. (1970). Introducción al Psicodrama. Madrid: Aguilar.

Schützenberger, A.A. (2008). ¡Ay, mis ancestros! Buenos Aires: Aguilar, Alfaguara, Altea, Suma de Letras, Taurus.

Schützenberger, A.A. y Sauret, M.J. (1979). Nuevas Terapias de Grupo. Madrid: Pirámide.

Sternberg, R.J. (1989). El Triángulo del Amor. Barcelona: Paidós.

Torres Godoy, P.H. (2007). Sangra la escena: Psicodramaterapia del Trauma y el Duelo. Santiago de Chile: EDRAS-Universidad de Chile.

Vega, S. (2003 2º Cuatrim). Una forma de tematizar el trabajo con la persona del terapeuta familiar en la formación. Mosaico, 3º Ep., 26, 12-20.

Von Bertalanffy, L. (1976). Teoría General de los Sistemas. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Watzlawick, P. (1997). Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder.

Wiener, N. (1971). Cibernética. Madrid: Guadiana de Publicaciones.

5

MIEDO EN LA
RESIDENCIA

Cristina Alonso Vilar
Carlos Losada López
Almudena Campos González

Resumen: El objetivo de este artículo es dar a conocer los miedos que tienen las y los terapeutas noveles en el inicio de su trayectoria. Para la elaboración de este artículo se pidió a residentes de psicología clínica que terminaban su primer año que escribieran los miedos que tenían con referencia al ejercicio de la psicología clínica.

Palabras clave: Miedos, PIR, profesionales.

Abstract: The aim of this paper is to show the fears that have the junior therapists early in his career. For the preparation of this article we applied to clinical psychology residents who finished their first year, to write the fears that they had had with reference to the practice of clinical psychology.

Keywords: fears, PIR, professionals.

“Toda historia comienza con un principio, y éste es cuanto menos emocionante.”

Las y los Residentes de Psicología Clínica, a pesar de reconocer los recursos y capacidades que tienen que les permitieron llegar hasta la residencia...

“Me acuerdo de los largos días de estudio, las tardes calurosas de verano rodeada de libros de psicopatología, psicoterapias, y todas las psico que uno se pueda imaginar. Todos estos días, horas, minutos, todo el esfuerzo, la constancia y el trabajo tuvieron una gran recompensa: La plaza PIR que tanto deseaba.”

“Tras 5 años de licenciatura más la preparación del examen PIR parecería o se supondría que deberíamos tener un conocimiento exhaustivo de la psicología. Contamos con numerosos conocimientos teóricos sobre diversos modelos, conceptos psicológicos, técnicas, etc.”

“Llegas a la unidad de Agudos, con tu mejor disposición de aprender y posiblemente siendo el momento de tu carrera profesional en el que más teorías tengas en mente, eso sí, todo muy claro.”

... pero son conscientes de las limitaciones que tienen debido a la inexperiencia.

“Pero lejos de eso, la realidad es que sobre la práctica somos unos inexpertos a la hora de comenzar la residencia.”

“Miedo a no saber aplicar en la práctica la teoría estudiada.”

“Me quedaba otro miedo, miedo a non tener “lo que hace falta” para ser un psicólogo que trabaja en Clínica, un miedo que se actualiza ahora que estoy a punto de cambiar de rotación.”

Descubren que la realidad es diferente de la imaginación...

“Esa plaza que desde que sabes que está en tus manos, no dejas de imaginar, de pensar con qué te encontrarás, imaginas que será lo que tu principio como profesional de la salud mental te deparará. Pero de todo lo que imaginas, nada más lejos de la realidad.”

“No todo es lo que parece, y lo que parecía la profesión de tu vida, eso a lo que te querías dedicar porque te encantaba, empieza a no dejarte muy buen sabor de boca.”

...en el contexto de un nuevo entorno laboral...

“Empecé mi residencia tras varios años de experiencia laboral, ya padecí y superé, en parte, el miedo al medio laboral y el miedo a trabajar con personas, dos de los miedos que, imagino, puede estar viviendo alguien cuyo primer empleo sea ser Residente.”

“Aterrizas en tu ciudad, en tu hospital de referencia que ya es algo familiar para ti. Mucho más si tuviste la oportunidad de compartir algún momento con los profesionales que a partir de ahora serán tus referentes, y de los cuales, poco a poco empezarás a sacar lo mejor y otras veces, no necesariamente lo mejor. Pero como bien se dice en nuestra tierra, de todo se aprende.”

“Cuando empecé también temía que al estar rodeado de psicólogos no me fuese fácil esconder mis fantasmas. Este miedo lo superé pronto, cuando me di cuenta de que los psicólogos (y los no psicólogos), tienen sus propios fantasmas y están suficientemente entretenidos con ellos como para ocuparse de los míos.”

“Presentar sesiones clínicas y seminarios ante todo el servicio: miedo a quedarme en blanco, miedo a equivocarme, miedo a hacer el ridículo o a que te hagan una determinada pregunta y no saber responder. Estos miedos fueron haciéndose más pequeños a medida que fui haciendo presentaciones y viendo que todos los miedos iniciales no se confirmaban a la hora de hacer la presentación.”

“Miedo a que los 4 años de residencia no me gusten.” “Pensar que en otros hospitales forman mejor a los residentes que en el tuyo.”

“Está la vida y la residencia, y aunque el trabajo para mí es vida, también tengo vida que no es trabajo, y ésta se revuelve si no la atiende adecuadamente.”

... con un futuro incierto.

“Miedo a que te evalúen mal, a que te suspenda tu tutor. Escuché ya algún caso de algún residente que suspendió la rotación y siempre te preguntas: “y si a mí también me suspenden?”.”

“Después de ver marchar a mis residentes mayores, miedo a equivocarme de camino durante la residencia y miedo a no poder ejercer lo que está siendo el mejor trabajo de todos los que desempeñé.”

“La situación laboral a día de hoy o como la preveo de aquí a terminar la residencia (dentro de tres años) no es la mejor. Eso me lleva a preocuparme de si tendré que tener una consulta privada (ya que es el camino que el resto de mis compañeros acabaron tomando).”

Aprenden de la diferencia que hay entre la teoría y la práctica...

“No habíamos puesto en práctica lo que todos los modelos teóricos coinciden en señalar como el factor más importante del éxito terapéutico: La relación terapeuta-paciente”.

“El DSM, la CIE, son entidades nosológicas donde todo está y todo se recoge, eso sí, en teoría. Primer día, primera semana, primer mes... descubres que todo aquello que estudiaste y memorizaste con tanta pasión dista mucho de la realidad percibida en el contacto real con el paciente.”

... y las contradicciones entre modelos que éstas conllevan...

“Ese miedo crece al comprobar lo amplio y variado que es el paisaje de la Psicología Clínica: todas las escuelas, teorías, y modelos a los que te ves expuesto al llegar, sobre todo cuando vienes de una facultad cognitivo-conductual en la que si se hablaba de Freud era para reírse.”

“En mi caso en concreto a mí me gustaría ver a lo largo de la residencia trabajo psicodinámico y, me temo, no va a poder ser.”

“Poco a poco ves que no todo es lo que parece, que las circunstancias son muy importantes y que esa línea que divide la locura de la cordura es cada vez más fina, a veces casi imperceptible. “



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

... y las dudas que éstas suponen.

“Cómo decidirte por un modelo teórico determinado? Cómo saber qué es lo que mejor le puede ir a tus futuros pacientes? Y sobre todo, Cómo saber cuál es el modelo que mejor encaja contigo, con tu manera de ser, de pensar, de actuar?”

“Qué modelo teórico seguir... por lo menos en mi caso sólo tenía conocimiento del modelo cognitivo-conductual que es el que se estudia en la facultad. A pesar de que diferentes psicólogos sigan distintas orientaciones, la gran mayoría (por lo menos en mi área) son cognitivo-conductuales y esto dificulta ver otras orientaciones.”

“Difícil cuestión, pero como bien dice una gran profesional, elegir es renunciar. Y ahí andamos ahora, intentando renunciar a algo, ya que después de un año no conseguimos elegir nada.”

Se anticipan las dificultades que se pueden tener...

“No ser capaz de establecer una buena relación terapéutica con los pacientes es uno de los miedos que tuve en el primer momento.”

“Que en una primera consulta te quedes “bloqueada” ante las situaciones que formula el paciente.”

“Los pacientes que vienen obligados y son reacios a contestarte: La primera vez que me ocurrió me costó saber por dónde salir... cómo continuar.”

“En mi trabajo me acompaña el miedo a no ver. A perderme algo importante, una señal de alarma, una información sutil pero relevante.”

“Ser neutra, no juzgar...” “Miedo a hacerles daño.”

“El siguiente miedo es socialmente muy aceptable, un tópico que se lee en muchas entrevistas a famosos. Desde hace años me acompaña ese miedo al fracaso que a uno le queda tras tropezar en el primer bache realmente imposible, que luego parece quedar como motor de la vida adulta.”

“No ser capaz de llevar tú el hilo conductor de la entrevista sino que lo lleve el paciente.”

... y como serán percibidas por la persona que tengan en frente.

“Que se den cuenta de tu inexperiencia.”

“También sentí un tremendo miedo, o respeto, cuando me enfrenté con el primer paciente a solas. Un miedo egoísta a ser descubierto como un farsante. Después de un año sigo sintiendo algo de esto con muchas primeras consultas.”

“Realizar una primera consulta y que la paciente dude de tu capacidad como terapeuta debido a que eres joven o no tienes su mismo problema.”

“Miedo a que el paciente no se sintiera activamente escuchado, respetado o sintiese falta de empatía por mi parte.”

Descubriendo la amplitud del conocimiento en psicología.

“Tengo miedo a no estar leyendo y aprendiendo lo suficiente.”

“Acabar la residencia sin tener un conocimiento amplio para poder enfrentarme a cualquier caso en la consulta privada o pública.”

“Esa sensación de que el límite del conocimiento es infinito, y que por más que lees o te informas, más argumentos encuentras para cuestionar todo lo que piensas, todo lo que haces...”

Se vuelven cada vez más conscientes de la responsabilidad que implica su trabajo...

“Miedo a dañar al paciente con algún comentario que uno hace de manera inofensiva.”

“También está el miedo de haberte equivocado cada vez que tienes un abandono, un miedo que fue uno de mis principales estímulos pero también una sensación muy desagradable.”

“Aunque la peor sensación que vives en consulta es el miedo que sientes ante tu primer paciente en riesgo de suicidio, un paciente que es imposible “no llevarte a casa”.”

“Miedo a minimizar la gravedad de una determinada patología o pasar por alto algo importante, marchándose el paciente mal para casa o que le generes tú un problema.”

“Miedo a dar un alta y que realmente el paciente no esté preparado para ello.”

... reflexionando sobre sus errores...

“Los psicólogos recién iniciados en la práctica tendemos, por lo menos en mi opinión, a tener la necesidad de usar técnicas y más técnicas, apresurándonos a intervenir cuando a lo mejor los objetivos terapéuticos ni siquiera están claros.”



“Songs for Little People” de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

“En una consulta podremos ver ocho problemas diferentes, ocho personas diferentes, ocho familias diferentes, ocho circunstancias diferentes y, como no, ocho estados diferentes del propio psicólogo clínico, eso sí, muchos de ellos aparentemente iguales. “

“Al principio también me costaba explorar áreas tan importantes como la sexualidad o las ideas autolíticas.”

“Para mí, una de las mayores dificultades en las primeras consultas psicológicas que realicé fue conseguir que los pacientes estableciesen unos objetivos claros y concisos, sacándolos de las quejas.”

“Intentas crear pacientes imaginarios, donde cada uno posea los criterios exactos para ser diagnosticado, ese paciente que en la primera consulta te cuente punto por punto lo que le pasa, los pensamientos que tiene, las conductas que quiere cambiar, etc... es decir, el paciente perfecto.”

... y sacando importantes lecciones para el futuro.

“Aferrarse a la técnica te impide ser espontáneo y activo en las sesiones.”

“Quedarse pegado en la queja, en los contenidos, y no prestar atención suficiente al proceso o a las temáticas más relacionales que el paciente trae, no ayuda a construir un motivo de consulta tratable.”

“Es ahí cuando tomas conciencia de donde estás, de lo importante que es cada palabra que digas, cada gesto que hagas y cada acción que llevas a cabo.”

“La versatilidad es una de las características necesarias para un psicólogo, semejante a la escenificación del actor.” “Como modular los sentimientos propios, las emociones propias, los pensamientos... uno de los dones más preciados en nuestro oficio de la psicoterapia.”

“Lo que no vemos, o lo que vemos en función del cristal con el que miramos, es uno de los temas más interesantes y con el que más me cuestiono desde hace muchos años.”

“Enfrentarme a cualquier problema que surja en consulta sin tener un “supervisor” al que pedir ayuda: cuanto mayor y más amplia sea mi formación, mayor capacidad para resolver casos.”

“El miedo es una emoción muy informativa a la que hay que prestar atención.”

“Los residentes vivimos un proceso de aprendizaje y aprender implica cambiar, y cambiar implica perder y exponerse. Que el miedo nos acompañe sin devorarnos.”

6

Todos los hombres tienen miedo. Todos. El que no tiene miedo no es normal, eso no tiene nada que ver con el valor.

JEAN PAUL SARTRE

EL MIEDO EN LAS ARTES

Luis Vila Pillado

Resumen: Este artículo anteriormente había sido planeado como una breve recomendación de un trabajo relacionado con el miedo de cada una de las siete artes. Este enfoque, sin embargo, habría resultado ser frustrante, ya que resultaría terriblemente incompleto. Una extensión que tratara de describir cómo los miedos humanos se han expresado en el arte habría sido emocionante, pero al mismo tiempo tan imposible de cubrir en este contexto, que la única opción que queda para mí fue partir de una selección subjetiva de trabajos relacionados con miedo, tratando de explicar las asociaciones que provocan en mí mismo, y que se relacionan con los objetos más característicos de miedo.

Palabras clave: miedo, artes, literatura, música, pintura, danza, escultura, arquitectura, cine.

Abstract: This article had formerly been planned as a brief recommendation of a work related to the fear of each one of the seven arts. Such an approach, however, would have turned out to be frustrating as it would prove terribly incomplete. An extension which tried to depict how human fears have expressed themselves in art would have been exciting, but at the same time so impossible to cover in this context, that the only option left to me was to start from a subjective selection of works related to fear, trying to explain the associations which they provoke in myself, and which are related to the objects more characteristic of fear.

Keywords: fear, arts, literature, music, paint, dance, sculpture, architecture, cinema.

El miedo, efectivamente, está en todas partes, y por tanto también en el arte. Escribir sobre el miedo en las artes no resulta fácil. En principio este artículo se había planteado como una breve recomendación de una obra relacionada con el miedo por cada una de las siete artes. Una aproximación así hubiese resultado frustrante por terriblemente incompleta. Una ampliación que tratase de recoger cómo los miedos humanos se han plasmado en el arte resultaría apasionante, pero al mismo tiempo tan inabarcable en este contexto, que la única opción que me quedó fue partir de una selección subjetiva de obras relacionadas con el miedo, tratando de

explicar las asociaciones a las que me llevan y relacionarlas con los objetos más característicos del miedo. El marco de ir seleccionando una obra por cada una de las artes se fracturó, pues muchas de las obras que seleccioné podrían estar presentes en más de un lugar. Así “El resplandor” podría aparecer tanto en literatura, cine, como en música, o incluso en arquitectura. Algo similar podría suceder con “Drácula”, Twin Peaks o alguna otra obra sobre las que volveremos a lo largo del artículo.

Queda claro para cualquiera que esta selección que hago está diciendo mucho al mismo tiempo sobre mí. En ese sentido nos podemos preguntar si un acercamiento con preguntas similares a determinados pacientes no nos podría servir de “test proyectivo” o de acercamiento atípico en un marco psicoterapéutico.

Epicuro señalaba como “vacío es el argumento de aquel filósofo que no permite curar ningún sufrimiento humano”. Parafraseándole podríamos tal vez señalar que “vacía es también aquella obra de arte que no permite curar ningún sufrimiento humano.” Hablar de las posibilidades terapéuticas del arte, y de la relación entre las emociones y la obra de arte, sobrepasaría los límites de este artículo, pero sí se pueden dar algunas pistas que nos muestren como, ya al menos desde Aristóteles, el acercamiento o el cultivo de las emociones puede ser una vía de crecimiento personal. Naturalmente estoy hablando de un acercamiento que evite lo fácil y lo convencional, y que favorezca también una elaboración cognitiva de la misma. Desde otra perspectiva de la antigüedad clásica el estoicismo procuraba la eliminación del miedo a través de una disciplina cognoscitiva, aunque resulta muy dudoso y discutible que el ideal de salud mental se corresponda con la ausencia de emociones. En cualquier caso son perspectivas que nos podrían llevar a reflexiones de interés sobre la posibilidad de considerar que el arte también pudiera tener interés para todos aquellos que trabajamos en el campo de la salud mental. Ya en otros momentos reflexionamos sobre la utilización psicoterapéutica del cine, y son numerosas las publicaciones sobre musicoterapia.

Hablamos de emociones, y el miedo es una emoción. Una emoción que por un lado se ha valorado negativamente por el efecto que puede provocar de turbación de la mente, pero por otro lado también se ha considerado positivamente puesto que nos lleva a ser precavidos y poner los medios adecuados frente a las posibles amenazas.

El miedo es siempre miedo a que algo ocurra, algo que se siente como amenazador. Aristóteles en su “Retórica” también señala como característico del miedo que ese mal o daño que se teme se vea como inminente y que el sujeto se sienta vulnerable ante el mismo. El miedo sucede siempre ante una incertidumbre. Siempre está relacionado con el futuro y nunca con el pasado (a diferencia de otros estados emocionales como el pesar o la culpa). Por tanto, llevará a actuar de un modo u otro, de un modo valiente o cobarde, pues el miedo también está presente en las personas valerosas.

“El miedo es siempre temer que algo ocurra”

A lo largo de la historia tanto individual como colectiva el miedo siempre ha acompañado a la historia de Occidente. Y aunque los miedos van cambiando, hay una serie de temas que siempre de un modo u otro han estado con nosotros. Temas como aquellos relacionados con la muerte y el más allá y toda una serie de seres a medio camino entre los dos mundos (espectros, fantasmas, vampiros, almas del purgatorio,...), el hecho de poder ser enterrado vivo por error, fenómenos de la naturaleza tales como las tormentas, los eclipses, la oscuridad, el fuego, determinados animales como el lobo, las enfermedades especialmente aquellas más devastadoras como la peste, y todo aquello que se podría relacionar con los extraños (judíos y turcos en el pasado, islamistas, extraterrestres posteriormente), la locura, la brujería y todo tipo de maleficios y la figura de Satán. Y también el conocimiento, aquello que por otro lado también nos puede hacer más libres, ha sido y es objeto del miedo. La libertad puede asustar y Fromm nos recuerda como este miedo está en la base de los sistemas totalitarios.

Cuando los medios naturales fallan para vencer a estos males a los que se teme, la religión y el poder político siempre han estado ahí, con una doble vía de actuación: por un lado propiciando inquisitorialmente la búsqueda de chivos expiatorios, y por otro lado invitando a la confesión y la introspección individual para nada exenta de carga culpabilizadora y neurotizante. Y todo esto es bueno tenerlo presente en tiempos de crisis.

De algún modo he intentado que de una forma u otra la mayoría de estos miedos aparecieran representados en la selección realizada.

Si comenzamos por la arquitectura nos podríamos detener en primer lugar y como obra representativa en el Osario de Sedlec, una pequeña capilla católica situada en dicha localidad, en la República Checa. En 1870, los huesos de unos 40.000 esqueletos desenterrados para la remodelación del cementerio se utilizaron para la decoración y el mobiliario de la capilla. Así una enorme lámpara de araña formada por huesos cuelga del centro de la nave, las bóvedas están decoradas con cráneos, y huesos de todo tipo decoran las paredes de la misma.

En San José (California) también se encuentra la “Winchester Mystery House”, mansión estilo victoriana, que estuvo en construcción durante 38 años. Allí residió Sara Winchester, viuda de William Wirt Winchester, quien a su vez era el hijo mayor de Oliver Winchester, famoso por diseñar y desarrollar los rifles que llevan su nombre y con los cuales se llevó a cabo “la conquista del Oeste”. Al morir su marido y su hija, Sara, al parecer, consultó a una médium que le dijo que había una maldición por la cual su casa estaba habitada por los fantasmas de los muertos por dichos rifles, y que la única manera de librarse de ellos, era ir ampliando continuamente la casa, tarea que enloquecida realizó hasta su muerte. De este modo en la casa, en la que se decía ocurrían fenómenos paranormales, se fue ampliando con largos pasillos, escaleras y puertas que no conducen a ninguna



Osario de Sedlec

Osario de Sedlec

parte, ventanas interiores, etc. Hoy se ha convertido en atracción turística. No es extraño, cualquier parque temático que se precie tiene también su casa del horror.

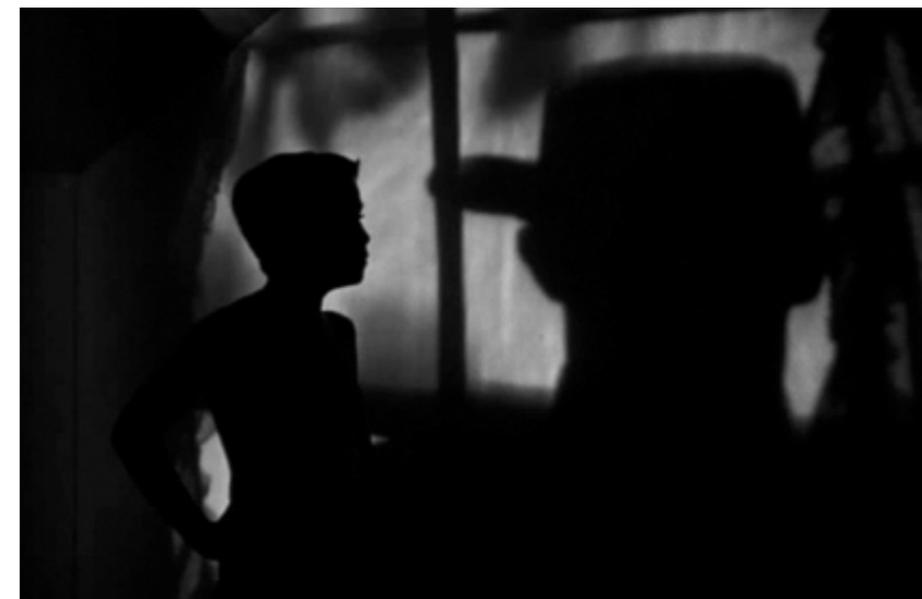
También la famosa casa de la película *Psicosis*, hoy se puede ver en los estudios de la Universal en Los Angeles. Esta no es la única construcción arquitectónica que podemos relacionar con el miedo que nos haya ofrecido el cine, ya que sin olvidarnos de los castillos del conde Drácula, no se nos puede escapar “El resplandor” de Stanley Kubrick, película en la que nos queda claro que el hotel en el que se desarrolla la acción está construido sobre un cementerio navajo.

En cualquier caso parece que las asociaciones relacionadas con el miedo que nos trae la arquitectura están especialmente relacionadas con la presencia de la muerte y en menor grado con la locura.

Sin embargo, al pensar en cine me doy cuenta de que las primeras películas que me vienen a la mente son siempre niños los que están en una situación de peligro y así se me ocurren “La noche del cazador” de Charles Laughton, “M, el vampiro de Düsseldorf” de Fritz Lang, la ya citada “El resplandor” de Stanley Kubrick, y “El cabo del terror” de J. Lee Thompson (o su remake “El cabo del miedo” de Martin Scorsese). También me doy cuenta de que en dos de ellas el personaje malvado está interpretado por Robert Mitchum, al cual le acabo encontrando un cierto parecido con algún malvado que conozco.

Si tuviera que optar solo por una probablemente escogería “La noche del cazador” pues aunque puede que en las otras películas los malvados aún sean más peligrosos, en la película de Laughton los niños se encuentran hasta casi el final mucho más desamparados y el malvado es visto por todos los adultos como un bondadoso predicador, hasta el punto que llega a engañar y a casarse con la madre de los niños protagonistas, a la que naturalmente matará. Estos niños poseen algo valioso en sí, el dinero que les dejó su padre ya muerto, que juraron guardarlo y no entregarlo a nadie, pero que al mismo tiempo es ilegítimo, pues es un dinero robado. La culpa se transmite a la siguiente generación y los protagonistas sólo recuperaran la tranquilidad cuando el malvado predicador es detenido, pero también cuando el niño asqueado de que ese dinero lleve a tanta maldad, sea capaz de desprenderse del mismo.

El niño sin embargo de “El resplandor” tiene poderes extraordinarios que le llevan a poder comunicarse con personas que le pueden ayudar y a saber lo que pasó mucho tiempo atrás, y de algún modo similar se puede repetir (estamos más cerca de lo siniestro). Es también siniestro, siguiendo a Freud, todo aquello mecánico y automático que se combina con lo vivo (los escritos a máquina del padre, los trances del niño, las dos niñas muertas ...). También a pesar de todo siempre está presente su madre y estará en contacto con Dick (curioso nombre en este contexto), el empleado también con poderes extrasensoriales, que denominan “el resplandor”. Es de destacar que el Hotel está construido sobre un cementerio indio, como ya comentamos antes. La película



“La noche del cazador” de Laughton

está basada en una novela de Stephen King, quien le puso el título inspirado en el estribillo “We all shine on” de la canción “Instant Karma” de John Lennon y la Plastic Ono Band. Otro aspecto interesante de la película son los muertos que viven, de los que hablaremos más adelante, al igual que de una de las canciones de la película y de John Lennon y la Plastic Ono Band.

En “M, el vampiro de Düsseldorf” hay un aspecto muy interesante. Sin lugar a dudas el asesino en serie de niños es un monstruo, pero finalmente la reacción de la masa cuando lo capturan y proceden a su linchamiento no deja de provocar más miedo.

La diferencia de las películas anteriores con “El cabo del miedo” o “El cabo del terror” está en que en estas últimas, la hija está sólo en peligro como parte de lo que más quiere su padre y no por ella misma.

En “Psicosis” de Alfred Hitchcock es en cambio un hijo que después de haber envenenado a su madre y al amante de ella, roba el cadáver de esta y lo conserva, mientras él se viste como si fuera ella, mantiene conversaciones tomando el papel de ella y el suyo propio, y cometerá otros crímenes.

Resulta curioso que en otra de las artes más visuales, la pintura, la primera asociación que me viene a la mente en relación con el miedo (y no sólo a mí) es el “Saturno devorando a sus hijos” de Goya, y aquí el agente que aterroriza es el padre (como ya sucedía en “El resplandor”, aunque en esta era un padre no sabemos si enloquecido o poseído). La imagen del daño a los hijos y más el asesinato de los mismos por su padre es algo que aparece con frecuencia como el síntoma más claro de la locura en la tragedia griega, locura que puede ser transitoria como la de Hércules.

La noche también puede provocar miedo y los fantasmas que pueblan el mundo onírico tan próximos a la locura también, por lo que nos podemos parar con un curioso y recomendable pintor suizo Henry Fuseli (por cierto citado por Poe en “La caída de la casa Husher”), respetado en vida, luego olvidado durante mucho tiempo y posteriormente reivindicado por los surrealistas. En concreto, “La pesadilla” (1781) me parece un cuadro muy representativo. Cuadro que se puede ver en el imagen.

En 1496 Nicolas Le Rouge imprime el libro “Le Grand Kalendrier et compost des Bergiers” lleno de interesantes grabados que representan los castigos que sufren en el infierno los pecadores. Sin lugar a dudas es sólo un ejemplo de cómo se puede utilizar el miedo para someter desde el poder, en este caso religioso, a las masas.

El otro, el extraño, puede provocar miedo y los resultados del mismo pueden ser terribles. Me voy a apoyar en el cine para escoger la danza que relaciono con el miedo y así pienso en la película “Vénus Noire” de Abdellatif Kechiche, basada en la vida real de Saartije Baartman, una mujer africana que en el siglo XIX fue exhibida como un animal en lugares como Londres o París. Miedo pueden provocar las danzas “primitivas”, pero más miedo provoca la complacencia de las personas



“La pesadilla” de Henry Fuseli, 1781

Venus Noire (parte 1)

Venus Noire (parte 2)

“civilizadas” ante espectáculos como los que describe la película. Hacia el final de la primera parte y alrededor del minuto 5 de la segunda parte se pueden ver algunas escenas en consonancia con lo que digo.

En este caso, ese otro, es de raza negra y además es una mujer. No olvidemos todos los procesos de caza de brujas, aunque como es evidente un análisis de los mismos superaría los límites de este artículo.

También en la serie Twin Peaks, en la que el miedo, el misterio y lo siniestro se combinan magistralmente con un sentido del humor muy característico, y en la cual aparecen dos mundos conviviendo en esa atmósfera tan especial hay un momento en el cual una de las protagonistas, Audrey, está en la barra de la cafetería hablando con una amiga, previamente había puesto un disco en el jukebox, y de repente y de un modo misterioso se pone a bailar como ausente, de un modo que nos sugiere que algo extraño y seguramente peligroso puede suceder.

Muertos vivientes aparecen en una danza terrorífica de Laurel High Dance llamada “Scary”.

Scary

Las danzas del Candomblé en las cuales se producen estados alterados de conciencia, que se entienden como posesiones, que en algunos casos hasta pueden llevar a comportamientos violentos y destructivos también se podrían considerar en este apartado.

En el campo de la literatura hay varios cuentos en los cuales el miedo y lo que Freud trató como lo siniestro están presentes. Seguramente el efecto siniestro destaque más en el cuento de E.T.A Hoffmann “El hombre de arena” mientras que el miedo destaca en el de Guy de Maupassant titulado “El Horla”. Cuenta Oliver Sacks en su libro “Alucinaciones” como en la época en que Maupassant escribió este cuento, a menudo veía un doble de sí mismo, una imagen autoscópica. Padecía neurosífilis y al ir avanzando la enfermedad empezó a ser incapaz de reconocerse en el espejo y de hecho saludaba a su imagen o le hacía una reverencia o intentaba estrecharle la mano. En “El Horla” nos cuenta maravillosamente la invasión del protagonista por un enemigo invisible, frente al que cada vez hay menos escapatoria. Enemigos invisibles, pero también el protagonista en un momento deja de verse en el espejo, algo que también le sucede a Drácula, vampiro que también nos puede acompañar en este paseo por el miedo en las artes y tanto por la novela de Bram Stoker como en las múltiples versiones cinematográficas inspiradas en la misma como el “Vampyr” de Dreyer, los “Nosferatu” de Murnau o el posterior de Herzog, y el “Drácula” de Francis Ford Coppola.

Tiene razón Alberto Ruiz de Samaniego cuando señala como antecedente de todos estos personajes invisibles o de aquellos cuya imagen no se refleja en los espejos, la historia del anillo de Giges. Platón narra la historia de Giges, un pastor que encuentra un anillo que tiene el poder de hacer invisible a quien lo lleva si le da media vuelta. Esto le lleva a matar al rey y quedarse con todo lo que era suyo. Lo que se discute es si las personas sólo respetan las leyes y son honradas porque temen el castigo si son

descubiertas, o si se comportarían de modo correcto si no estuvieran vigiladas. Esta idea probablemente la pudiéramos completar pensando en la posibilidad de que el miedo que estos personajes y sus historias nos provocan pueda estar relacionado con el miedo a ese mal que descubrimos en nuestro interior, la culpa persecutoria que nos provoca, y también su proyección en los demás.

“El entierro prematuro” y sobre todo en “La caída de la casa Usher” entre otras narraciones de Edgar Allan Poe, tratan el tema del miedo al enterramiento en vida, apoyándose en la catalepsia. Cortázar pensaba que la obsesión de Poe por el tema del entierro en vida podría estar relacionado con el consumo de opio, así como con los trastornos cardíacos y con la sensación de ahogo que con frecuencia le provocaban.

Si bien en la mayoría de los cuentos de Leopoldo María Panero está presente el exceso, con escenas de canibalismo, rituales perversos, etc., podríamos destacar el titulado “Presentimiento de la locura” por el sadismo y la alternancia en los roles de víctima y victimario entre un padre adoptivo y su hijo. La historia va haciéndonos temer que algo terrible va a suceder ya desde el principio y en relación a la locura. Un padre adoptivo alcoholizado que desprecia al hijo adoptivo, unos comportamientos extraños supuestamente del hijo como poner telarañas entre los libros del padre o moscas muertas en el escritorio o en el whisky, hasta llegar al regalo que provocará la muerte, presumiblemente provocada por el niño, de su madre adoptiva y la reacción sádica del padre.

El conocimiento prohibido es un tema que aparece en mitos como Prometeo, Psique, Pandora o como no en Adán y Eva. El conocimiento prohibido a veces está ligado a la vista. Perseo sólo vence a Medusa viéndola no directamente sino viendo su reflejo en el escudo. En ocasiones será la tensión entre la curiosidad y el temor a lo que pueda aparecer lo que nos va a provocar miedo. En la película “El resplandor” hay una habitación a la que está prohibido entrar, aunque no es el tema principal de la historia. En cambio sí lo es en la historia de Barba Azul, de Perrault, basada en la vida de Gilles de Rais, asesino de niños, que también luchó en la Guerra de los Cien Años junto a Juana de Arco, y cuya historia fue analizada magistralmente por Georges Bataille. En el cuento de Perrault, la esposa de Barba Azul, movida por la curiosidad, descubrirá que en la habitación a la cual su marido le ha prohibido entrar están los cadáveres de sus anteriores esposas. La habitación prohibida es también un tema recurrente en el cine, con ejemplos como “Sospecha” de Alfred Hitchcock o “Secreto tras la puerta” de Fritz Lang.

Con la música una primera asociación viene con la única serie que realmente me fascinó en la etapa adulta de mi vida, “Twin Peaks”, serie en la que hay ciertos momentos de terror, pero al mismo tiempo tiene tal dosis de humor que no podría decir que sea una serie de miedo ni que los magníficos temas de su banda sonora provoquen en general temor, con la salvedad de un tema que hacia el final de la serie interpreta el recientemente fallecido Jimmy Scott, titulado “Sycamore trees”, aunque es un miedo que asocio más con la desolación que provoca la victoria del mal.

Creo que en cambio opto por escoger la banda sonora original de la película “El resplandor”, y en particular me resulta curioso como la deliciosa canción “Midnight, The Stars and You” de Al Bowlly with The Ray Noble Orchestra, que tranquilamente podría estar en la BSO de cualquier film de Woody Allen, dentro del contexto de la película de Kubrick tome un tono tan sumamente inquietante.

“In the Hall of the Mountain King” (Peer Gynt) de E. Grieg es la canción que silba el asesino de niños en “M. el vampiro de Düsseldorf”, y cualquiera que recuerde dicha melodía después de ver la película asociará seguramente esta melodía con el miedo.

Si viajo en el tiempo hacia mi infancia, no puedo olvidarme de la extraña sensación, creo que de miedo, que me provocaba la canción “Don’t Worry Kyoko”, de Yoko, cara B de Cold Turkey de John Lennon. Seguramente influían las dos calaveras de la portada, las disonancias tan marcadas en comparación con la música mucho menos disonante de los Beatles como conjunto, y aquellos gritos continuos. Yoko se había casado en 1963 con Anthony Cox y dos años después nacería Kyoko. Durante un tiempo, la niña quedó a cargo de su padre mientras Yoko presentaba y vendía sus obras de arte. Luego de divorciarse en 1969 tuvieron una batalla legal por la tenencia de la niña, la cual Yoko ganó. En 1971 Cox desapareció con la niña, y la introdujo en una secta cristiana “Renacer”, pues consideraba que Yoko era una mala influencia para la niña. Yoko y su hija no se reencontrarían hasta 1994. No deja de ser curioso un guiño de Jim Jarmusch en su última película “Sólo los amantes sobreviven” con una escena que recuerda una famosa foto realizada por Ana Leibovitz a John Lennon y a Yoko Ono abrazados, aunque ahora son Tom Hiddlestone y Tilda Swinton en su papel de vampiros.

En la Edad Media se consideraba tan disonante el intervalo de tres tonos (tritono) entre dos notas, que se pensaba que era el modo en que el diablo podía penetrar en la música, por lo que estaba prohibido y su utilización era castigada al verse como una invocación al diablo. Muy posteriormente acordes con un tritono se utilizaron como acordes de paso, y tanto en melodías como en acordes de jazz y blues son habituales. No creemos que esto tenga relación con la historia de Robert Johnson, del que cuenta la leyenda que llegó a un pacto con el diablo en un cruce de caminos para ser capaz de tocar el blues con su guitarra tal y como lo hacía. El intervalo del tritono tiene como peculiaridad que su inversión da lugar también a otro tritono; así un tritono sería el intervalo entre Do y Fa sostenido ascendiendo, pero también entre Fa sostenido y Do ascendiendo. Se puede escuchar en melodías como “María” en la banda sonora de “West side story” coincidiendo con el momento en que dice el nombre de María, y no parece que asuste mucho, si bien la tercera sílaba coincide con que el tritono sube medio tono más y resuelve en lo que sería una quinta desde la primera nota a la tercera, provocando una sensación más de reposo.

Diabólica es también y nos metemos ya para terminar en la escultura, “El angel caído” (1877) de Ricardo Bellver, ubicada en la actualidad en el Parque del Buen Retiro de Madrid, en cuanto a que



“El Ángel Caído” de Ricardo Bellver, 1845-1924.

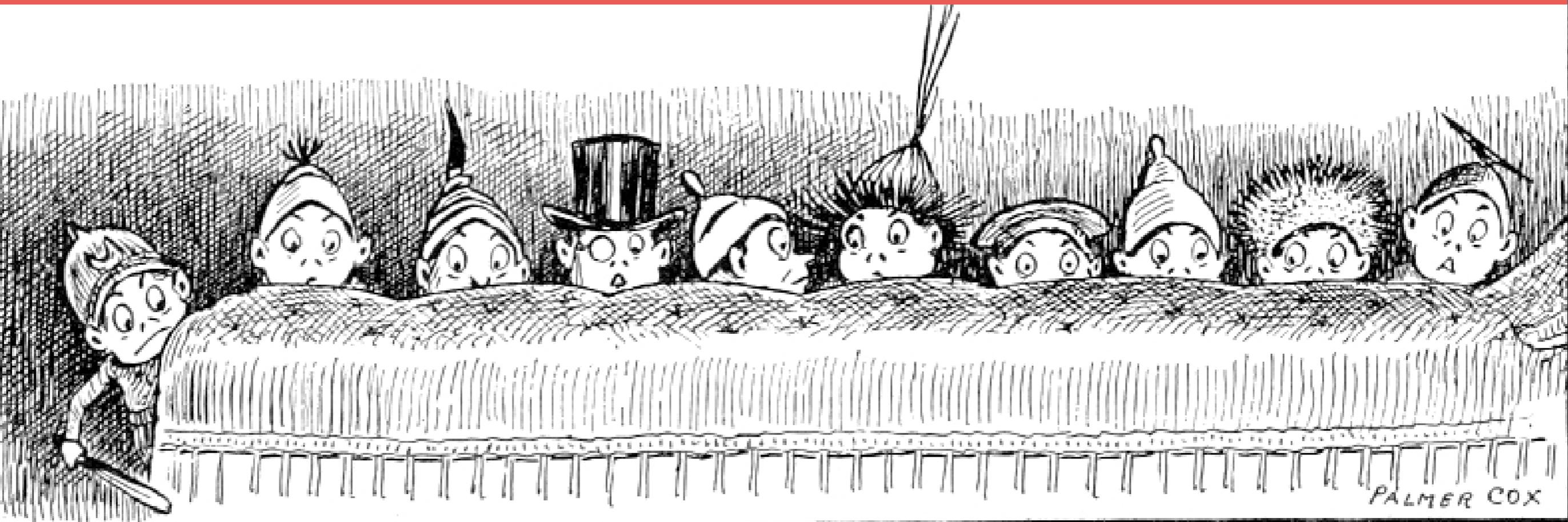
es una de las pocas representaciones escultóricas del diablo. Por cierto, no deja de ser curioso su rostro y su posición de miedo y defensa ante el rayo que le derriba.

También se podría pensar en “The awakening” (El despertar), una escultura creada por J. Seward Johnson Jr. en 1980 y que sería trasladada en 2008 al puerto nacional de Washinton D. C. Gran parte de la misma está enterrada, impresionando como que el gigante que representa está sepultado. Impresiona especialmente un brazo con la mano en garra de unos 17 metros de altura. De nuevo los temas de ser enterrados vivos.

Tal vez siempre fue así, pero viendo la arquitectura del miedo reducida a los parques temáticos, el cine que se ve reducido a efectos especiales, toda una casta de banqueros y dirigentes a los que ya no les hace falta tener el anillo de Giges para comportarse como él, toda una población enterrada viva, y tantas cosas más ¿Qué nos queda? Me pongo a ver ese poema existencialista en película del que hablé un poco más arriba, “Sólo los amantes sobreviven” de Jim Jarmusch, que cuenta la historia de un músico vampiro que sólo disfruta con su música, sus instrumentos y con la compañía de su pareja, harto ya de ese mundo de los que llama “zombis”, pero bueno ya avisé que al seleccionar obras de arte que a uno le sugieren una emoción determinada está hablando de uno mismo. Nuestro protagonista y su compañera al final de la historia se ven privados del suministro de sangre que tenían y no les queda más remedio que morder a una pareja que ven abrazándose en la noche, eso sí, que quedarán igualmente convertidos en vampiros. Esto es una advertencia por si alguien se quiere acercar..., tiene sus riesgos y sus ventajas.



“The awakening” de J. Seward Johnson, 1980



HERRAMIENTAS

"The Brownies at home" de Palmer Cox, 1893

HERRAMIENTAS

LA TÉCNICA DE EXPOSICIÓN EN LA TERAPIA DE LAS FOBIAS: VENTA, COMPRA Y SERVICIO DE RECLAMACIONES

Carlos Álvarez
COMPLEJO HOSPITALARIO
DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Resumen: En este trabajo exploramos las técnicas de exposición como las herramientas terapéuticas más útiles y que han mostrado una mayor eficacia en el tratamiento de las fobias. Analizamos algunas de las variables relacionadas con la relación terapéutica, con el re-encuadre y con cómo afrontar la ansiedad que pueden maximizar su efecto y reducir la tasa de abandonos. Finalmente, abordamos algunos de los problemas relacionados con las recaídas y líneas futuras de investigación.

Palabras clave: fobia, técnicas de exposición, ansiedad, desvío atencional, eficacia

Abstract: In this paper we explore the exposure therapy as one of the most useful and effectiveness treatment technique to cope with phobia. We analyze some variables related to therapeutic alliance, with the reframing, and anxiety management that could enhance the therapeutic effect and reduce dropout rate. Finally, we describe some of the problems dealing with relapses and future lines of research.

Keywords: phobia, exposure techniques, anxiety, attentional diversion, effectiveness

1 Introducción

Cuando alguien me pregunta acerca de las fobias / miedos, cómo son, cómo se forman, cómo se abordan ..., cuento siempre la historia de una mujer que un día se sintió mal en la cola de un banco. El banco estaba lleno de gente y el tiempo de espera se alargaba. Al cabo de un rato comenzó a sentir tensión, el pulso se aceleró, le costaba respirar, sintió palpitaciones y notó como sudaba, además de pensamientos de incertidumbre y preocupación por lo que estaba pasando. Estaba viviendo una experiencia nueva, que nunca había conocido y no sabía lo que significaba. Los intentos que hacía para tranquilizarse solo hacían que se sintiera peor, hasta que finalmente muy nerviosa se marchó del banco antes de que fuera atendida y se fue a su casa.

Esa persona, cuando ya se recuperó, pudo haber “optado” por pensar que había sido

un mal día, que había sufrido los efectos del calor (era un día caluroso) o que simplemente ese día debió levantarse mal. Sin embargo “optó” (inconscientemente) por pensar y darle vueltas a lo ocurrido, “¿y si mañana me vuelve a ocurrir?”, “¿y si me desmayo?”, “la verdad es que a mi nunca me han gustado los sitios con gente”..., y al día siguiente mandó a su marido a hacer la gestión del banco, y a no volver ella a aquella oficina que tan malos recuerdos la traía. Poco después comenzó, también, a evitar otros sitios similares, tiendas, cafeterías, las colas de los supermercados, e incluso calles con mucha gente, ya que “estaba convencida” de que en esos sitios había mucho peligro de que le ocurriera lo mismo. Y así hasta que al cabo de, más o menos, un año apenas salía de casa, o lo hacía siempre acompañada o por lugares muy determinados.

Siempre he pensado la facilidad y rapidez de cómo se crean las fobias, cómo un “simple pensamiento” o “cadenas de pensamientos” pueden normalizar una experiencia desagradable o, todo lo contrario, crear y construir un problema. Y cómo ese problema a lo largo de un tiempo se extiende, se alarga hasta implicar aspectos significativos de nuestra vida e hipotecarla, a veces para siempre.

Cuando un paciente acude a terapia, normalmente lo hace tras años de vivir con una fobia, años en los que ha “adaptado su vida al miedo” y años en los que ha tenido tiempo de construir una serie de creencias con respecto a sus miedos, y a su capacidad (incapacidad) para afrontarlo, sus “no puedo”, “no soy capaz”, ... Todo esto nos lo trae a terapia, nos lo deja encima de la mesa y nos pide que quiere ser “el de antes”.

Creo que cualquier terapeuta, con independencia de su modelo teórico, en un momento determinado de la terapia le va a pedir a ese paciente que se “exponga”, da igual que se centre en el origen del trauma, que trabaje aspectos de las relaciones interpersonales y familiares, o que busque únicamente los reforzadores que mantienen el problema; el caso es que la exposición a la situación ansiógena forma parte de cualquier abordaje terapéutico a los miedos y se ha convertido en la herramienta de primera elección para su tratamiento. En este trabajo no pretendemos explicar esta técnica, sino hacer, simplemente, una reflexión entorno a ella, sobre todo incidiendo en aspectos, poco destacados en los manuales, que pueden maximizar su eficacia. Y lo hacemos (parafraseando a Steve De Shazer), como un producto que se quiere comprar, que se vende, pero sobre el que también se puede hacer reclamaciones.

2 La venta

Miedos, fobias, pánico, con y sin agorafobia, agorafobia sin pánico, fobias específicas, fobia social y demás trastornos de ansiedad son actualmente, en su conjunto, las demandas más frecuentes de psicoterapia, se estima que suponen entre el 60 - 70 % de del total de las consultas en psicología.

Los datos de prevalencia varían entre países, tipos de trastornos y sexo. En población adulta su prevalencia es de 3 y el 13% en población general (Kessler y Ustun, 2008), en población infantil y adolescente la estimación es entre el 5 y el 10% (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987). Los trastornos más prevalentes son las fobias específicas y fobias sociales seguidas del trastorno de ansiedad generalizada. Se observa además una mayor prevalencia en mujeres que en varones.

No es objetivo de este trabajo ahondar en los modelos teóricos de origen y adquisición de los miedos, pero creo que tanto los modelos de aprendizaje, como los mediacionales y cognitivos comparten los siguientes supuestos enunciados por Seligman:

- **Selectividad:** Las fobias no son arbitrarias sino que están limitadas a un determinado rango de estímulos, que se relacionan con peligros especiales que fueron importantes durante la evolución de la especie.
- **Fácil adquisición:** Las fobias pueden adquirirse con un solo ensayo y sin necesidad de estímulos traumáticos.
- **Resistencia a la extinción:** Las fobias no suelen extinguirse, aun cuando el sujeto se encuentre ante una situación teórica de extinción de condicionamiento pavloviano.
- **Irracionalidad:** Desproporción entre el peligro real del estímulo y sus respuestas de ansiedad.

Es complicado incluir toda la diversidad de trastornos de ansiedad dentro de un mismo apartado, diferencias en cuanto a su expresión clínica, formas de aparición, curso, etc, hace también que el abordaje terapéutico deba considerar las peculiaridades de cada uno. No obstante, a pesar de sus diferencias todos ellos comparten al menos tres elementos comunes: presencia de sintomatología ansiosa, la presencia de una o unas situaciones ansiógenas y presencia de conductas de evitación a estas situaciones. Estas tres características hacen, a su vez, que el abordaje básico de tratamiento sea muy similar, incluyendo un elemento definitorio: la exposición al estímulo temido.

Tratamientos eficaces: En lo que se refiere a los tratamientos para estos trastornos, como ya hemos sugerido, la opción deja pocas dudas, tanto en los trabajos de revisión de estudios, estudios de metanálisis, guías clínicas, etc, vemos como la intervención que ha mostrado mayor eficacia es la técnica de exposición (Antony y Barlow, 2002), Choy, Fyer y Lipsitz (2007), entre otros.



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

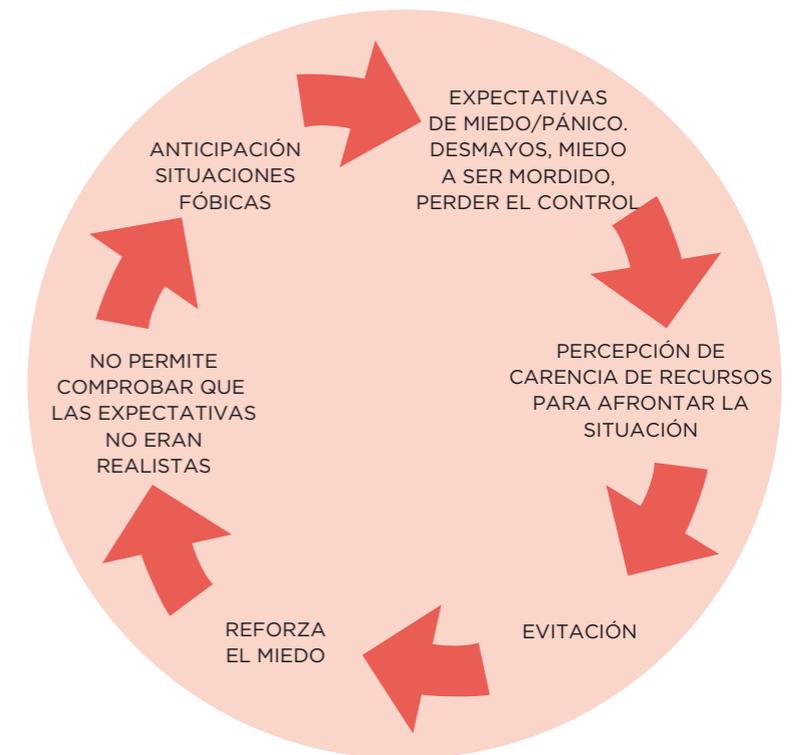
Wolitzky-Taylor et al. (2008) llevaron a cabo un estudio de meta - análisis en el que incluyeron: tratamientos con exposición, placebo, y otras formas de psicoterapia que no incluían exposición. Los tratamientos fueron clasificados como tratamientos con exposición si incluían confrontación directa o indirecta con los estímulos temidos; es decir, exposición en vivo, en imaginación, desensibilización sistemática, EMDR, o exposición mediante realidad virtual. Por otro lado, los tratamientos con no exposición fueron definidos como tratamientos activos (no el placebo) en los que no se incluía la confrontación con el estímulo fóbico e incluían relajación y terapia cognitiva.

En total se revisaron 33 estudios con una muestra de 1.193 sujetos. Los resultados mostraron como los tratamientos que incluían exposición poseían una eficacia significativamente superior para las fobias que los otros tratamientos; placebo y tratamiento sin exposición ($d=0.48$).

La eficacia de las técnicas de exposición directas (en vivo) versus las no indirectas (imaginación, realidad virtual, ...) es también mayor, aunque éstas últimas pueden ser muy útiles como un primer paso y sobre todo en el primer afrontamiento a la ansiedad. Parsons y Rizzo (2008) realizaron, también, un meta - análisis con estudios en los que se medía la ansiedad antes y después de utilizar técnicas de exposición mediante Realidad Virtual. Observaron en un total de 21 estudios como esta técnica reducía la ansiedad en el global de las fobias específicas ($d=0.95$)

A modo de resumen, lo que se extrae de los trabajos es dicha técnica es de eficacia probada para las fobias específicas, agorafobia, fobia social, trastorno de estrés post traumático, y trastorno obsesivo compulsivo (Pérez, et al. 2005). Incluso podemos afirmar que dentro de cualquier otro trastorno cuando el objetivo terapéutico es afrontar una situación que “produce malestar” la opción va a ser normalmente la exposición.

Como todos sabemos, la técnica de exposición está basada en el supuesto de que el miedo se mantiene en la medida que el sujeto es capaz de evitar la situación ansiógena. Así, el comportamiento evitativo refuerza el “no afrontamiento” e impide que el paciente compruebe que nada de lo que teme va a ocurrir. Desde las aproximaciones estratégicas y modelo sistémico, Nardone (2002) entiende esta conducta evitativa como una solución intentada que agrava el problema y añade otra solución “disfuncional”: la petición de ayuda a personas queridas (que en realidad no es más que otra forma de comportamiento evitativo). Y continúa *“la evitación inicial conduce a una cadena de evitaciones, hasta que se llega a evitar cualquier exposición personal. La petición de ayuda o apoyo social conduce, gracias también a las retroacciones relacionales de las personas que se proponen como protectoras, a la indispensabilidad de la ayuda y apoyo del otro en cualquier situación de exploración y alejamiento. Cuando este sistema se ha repetido durante mucho tiempo, se convierte en una organización psíquica y comportamental espontánea que se mantiene y se autoalimenta”* (p. 75)



Como se puede ver no hay mucha diferencia entre los modelos conductuales y sistémicos con respecto a la conceptualización y papel de los comportamientos de evitación. En el siguiente cuadro podemos ver cómo es la secuencia y proceso del mantenimiento de los miedos.

Por el contrario, exponerse a la situación temida reduce las conductas de evitación, el miedo, las cogniciones amenazantes y la valencia afectiva negativa del estímulo fóbico (Bados, A.). El sujeto se concede a sí mismo la oportunidad de comprobar que no ocurre lo temido y de una forma progresiva el miedo va desapareciendo. Y esta es la base sobre la que se sustenta las técnicas de exposición y sus componentes:

- Justificación del tratamiento
- Información sobre la naturaleza de la ansiedad
- Graduación de la exposición
- Jerarquía de exposición

Echeburúa, De Corral, y Ortiz (2009) ofrecen una serie de recomendaciones a tener en cuenta en el tratamiento con exposición y que, son a su vez una guía del mismo (ver cuadro).

Bien, este es el “producto” / técnica que tenemos que vender, ahora nos queda conseguir que los pacientes nos lo compren.

3 La compra

Como ya hemos comentado, no hay ninguna duda en que ante un objetivo que implique enfrentarse a “algo temido”, la primera elección terapéutica que vamos a hacer es utilizar esta técnica. Técnica que, por otro lado, parece muy fácil, cómoda, bien estructurada y que no requiere, a priori, de mucha pericia y experiencia para poderla aplicar. Sin embargo, como todos sabemos, el “mapa no es el territorio”.

Cuando abandonamos los manuales y los seminarios de formación y nos enfrentamos a ayudar a un paciente a que

Guía de ayuda a la exposición (Echeburúa et al. 2009)

Las reglas de oro de la exposición son:

- a) Cuanto mayor es el miedo a algo, más frecuentemente debe uno exponerse a ello.
- b) La clave del éxito es la exposición regular y prolongada a tareas planeadas con anterioridad y con grado de dificultad creciente.

Para planificar el tipo de exposición:

- a) Hacer una lista con las situaciones que evita o que le producen ansiedad. Objetivos claros y precisos.
- b) Ordenarlas según el grado de dificultad.
- c) Repetir la práctica de esta situación todas las veces necesarias hasta que pueda manejarla sin dificultad.
- d) Pasar a la siguiente situación de la lista.
- e) Reforzar los éxitos.

La exposición se puede potenciar:

- a) Planificar las actividades de exposición sin prisas, con tiempo para hacerlas, reduciendo los posibles contratiempos.
- b) Llevar a cabo ejercicios de respiración.
- c) Se puede abandonar la exposición por un tiempo breve si uno se encuentra mal y volver una vez se sienta mejor.

La graduación de las tareas de exposición se puede realizar según:

- a) La dificultad de la tarea.
- b) Compañía del co-terapeuta.
- c) Duración.
- d) Número de personas presentes.

deje de tener miedo, nos encontramos con un “territorio” en el que con mucha frecuencia las cosas no son como nos habían dicho o como aparecen en ese “mapa de la exposición”.

Características del paciente, de nuestro propio contexto de trabajo, dificultad en la frecuencia de las sesiones o poca duración de las mismas, falta de motivación, ansiedad a acudir a las propias sesiones o, incluso, la ansiedad de resolver cuanto antes su problema, cambio de objetivos terapéuticos, dificultades de la vida que van apareciendo y que interfieren en el proceso del tratamiento, papel de otras personas en el propio mantenimiento de los miedos, los propios marcos explicativos del paciente o, también, su propio marco de cómo se debe resolver el problema. Normalmente un marco en el que no se concibe que para afrontar el miedo hay un costo y un dolor. Ejemplificado como *“cuando deje de tener miedo me subiré a un avión”* son algunas de las “zancadillas” que nos ponen y nos ponemos para aplicar el tratamiento.

Ya hace muchos años que sabemos, también desde los modelos cognitivos – conductuales, que la eficacia de un tratamiento no radica en la técnica en sí misma, que existen variables extra terapéuticas y de la relación terapéutica, claves en la eficacia y que la técnica y el modelo solo apunta un 15% en la varianza (Lambert, 1992)

Aquella “vieja idea” de que las técnicas, al igual que la medicación contenían un principio activo / curativo decisivo para el tratamiento es desechada y se introducen otros factores para explicar porqué un tratamiento es eficaz. Sobre todo son factores que hay que maximizar para conseguir que un paciente “compre” una técnica y vaya cumpliendo las prescripciones requeridas.

Todos estos factores implican una serie de consideraciones que tenemos que tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una intervención terapéutica de exposición.

El Marco / re - encuadre : Explicar a un paciente que para solucionar su problema debe enfrentarse a lo que le produce dolor y que, por tanto, para estar bien antes debe pasarlo mal, no es tarea fácil. Lo habitual es que los pacientes acudan a terapia pensando en una solución “mágica” que les haga perder el miedo. No entra en sus planes la idea de exponerse a la situación temida (aunque sepan que esa es la forma), y como ya comentamos anteriormente creen que para eso antes hay que perder el miedo. *“Cuando no tenga miedo entonces me enfrentaré a ...”*.

En realidad el objetivo de cualquier re-encuadre no es otro que conseguir que el paciente “compre” nuestra terapia. El terapeuta debe ir construyendo un marco en el que el paciente comprenda cómo la evitación mantiene el problema, de que para perder el miedo antes debe exponerse y comprobar que no ocurre lo que él cree que va a ocurrir. Todo ello dentro de una relación terapéutica en la que el paciente perciba al terapeuta como “seguro”.

Una de las mayores dificultades es la anticipación del malestar / ansiedad y la creencia de “no soy capaz”. Asegurar al paciente que todo ello se va a hacer de una manera progresiva, que él va a ser quien vaya marcando el ritmo de los pasos a dar y ofrecerle pautas / estrategias/ técnicas para reducir su ansiedad a medida que se va exponiendo al objeto temido es algo clave.

Estos tres aspectos son de vital importancia cuando trabajamos con pacientes con fobias desde hace mucho tiempo, muy incapacitantes y con ansiedad elevada. La idea de que el paciente va a ir llevando el ritmo de su progresión suele ser una estrategia que tranquiliza al paciente, le da sensación de “control” sobre el ritmo del tratamiento y crea una relación terapéutica de seguridad y confianza.

No es infrecuente que un paciente abandone la terapia de exposición al generar “miedo” a la propia terapia; esto puede ocurrir, incluso, utilizando técnicas de confrontación indirecta. Recuerdo un caso de un paciente con fobia a todo lo ligado con la muerte (cementeros, cipreses, coronas de flores, ataúdes...) y a pesar de que iniciamos la exposición con técnicas indirectas (imaginación y fotografías) abandonó el tratamiento “al no poderlo soportar”. Por lo tanto, reasegurar al paciente que él va a ir decidiendo cada paso es una estrategia muy útil dentro de esta primera fase de la intervención.

Otro componente importante del re-encuadre es la propia conceptualización del miedo y el significado que le da el paciente. En este sentido creemos que es importante contextualizar el miedo como algo a lo que todos tenemos “derecho”, forma parte de nuestra vida, incluso es útil en algunas circunstancias (miedos adaptativos) que el miedo es libre, no se elige pero se tiene y que el auténtico problema del miedo es que decida nuestra vida e hipoteque nuestras decisiones.

Explicamos a los pacientes que no todo en nuestra vida lo decidimos o está bajo nuestro control, emociones, sentimientos pensamientos automáticos no se controlan de manera directa e insistimos en que el miedo como sensación - emoción forma parte de lo que no decidimos.

Este tipo de intervenciones / mensajes ayudan a que el paciente se sienta menos culpable por tener miedo y por los cambios que el miedo le ha obligado a hacer en su vida, “normaliza” lo que le ocurre e insiste en la idea de que para dejar de tener miedo no hay que intentar no tener miedo (eso no depende de nuestra decisión) sino enfrentarse con miedo a lo que nos da miedo (eso depende de nuestra decisión).

Tenemos que ayudar al paciente a que se de cuenta de qué cosas las decide él y cuales el miedo: “¿si no tuvieras miedo qué harías?”, en realidad, las respuestas a esta pregunta son los objetivos terapéuticos.

Con respecto a los objetivos terapéuticos, también forma parte de este momento terapéutico el que el paciente entienda que el objetivo de la terapia no es, por ejemplo, que le gusten los perros (en



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

un caso de fobia a los perros) sino de que no se cruce de acera cuando vea un perro, que pueda ir a casa de su amiga aunque tenga un perro, o que si oye ladrar no experimente una reacción intensa de malestar. Insistimos en esto porque no es poco frecuente que los pacientes cuando acuden buscando ayuda crean que lo que deben conseguir es que les guste lo temido.

En el ejemplo que comentábamos anteriormente en relación con la fobia a los perros, la paciente “creía” que la debían gustar los perros ya que era un animal que formaba parte de la cultura de su familia. “Liberar” a esa paciente de la “obligatoriedad” de que le gustaran los perros y de que tuviera que tener un perro facilitó el comienzo de la terapia y ayudó (aunque no fuera nuestro objetivo) a que al final le apeteciera tener un perro.

El papel de la ansiedad: Continuando con los elementos del re - encuadre, de la venta de la terapia de exposición, un elemento clave es el manejo - afrontamiento de la ansiedad.

Es de sobra conocido que se necesita que el sujeto experimente cierta ansiedad en el momento de exposición. Existen divergencias con respecto a si ese nivel de ansiedad durante la exposición debe ser bajo o más elevado, aunque por los estudios de investigación, no parece que esto afecte a la eficacia de la técnica aunque sí que está relacionado con las tasas de abandono (Bados, 2012). Sin embargo, si que se ha encontrado que niveles más bajos de ansiedad durante la exposición están asociados a un mejor funcionamiento y menor gravedad en el post - tratamiento y en el seguimiento a los tres meses Michelson et al. (1986) y Murphy et al. (1998)

Sabemos que en contextos clínicos los pacientes no se elijen, no los seleccionamos y que con mucha frecuencia los sujetos que acuden con problemas fóbicos suelen presentar síntomas de ansiedad muy intensos. Son personas que ya han intentado resolver su problema, a menudo con soluciones que se convierten en más problema, con bastante desesperación y angustia y con unas creencias de que su problema no tiene solución. “El miedo al miedo” forma parte de todo este entramado. En sus intentos de solución han experimentado tanto malestar, tanta ansiedad que el mero hecho de pensar que van a volver a sufrir esos síntomas les retiene o les impide el dar los primeros pasos.

Por tanto, es conveniente ofrecer al paciente estrategias que le puedan ayudar a enfrentarse a la exposición con un nivel más bajo de ansiedad o con unos “recursos tranquilizadores” que ellos puedan tener y utilizar si se necesita.

Tradicionalmente, desde el modelo cognitivo - conductual se han usado técnicas de relajación o de respiración como forma de reducir el nivel de activación. Es obvio que si enseñamos a un paciente a relajarse, y somos capaces de que lo haga en los momentos de exponerse a la situación temida, le va a facilitar dicha exposición. Sin embargo, es un método caro y que no siempre es factible dentro de la práctica clínica. El entrenamiento en relajación implica un número de sesiones, de tiempo y

de profesionales para hacerlo, algo de lo que no siempre disponemos., sin entrar en las dudas que existen acerca de su eficacia. Por otro lado, los datos de que la relajación potencie la exposición son contradictorios (Antony y Barlow, 2002)

Sí que se recomienda que el paciente pueda utilizar estrategias de afrontamiento que le ayuden a mantener un nivel de ansiedad que no le impida exponerse a las situaciones temidas. Destacamos dos de ellas: las técnicas de desvío atencional y la posibilidad, “permiso” de salida / escape puntual de la situación temida.

a) Las técnicas de desvío atencional, denominadas, también, conductas defensivas (da la impresión que con connotaciones peyorativas) parece que atentaban contra uno de los principios de las técnicas de exposición, según el cual los pacientes mejoran más cuanto más se implican, atienden y procesan todas las señales de miedo. Por tanto la desatención o el desvío atencional no sería recomendable y reduciría la eficacia de la técnica. Los resultados son contradictorios, algunos han encontrado que el uso de técnicas distractoras favorece el retorno del miedo (Kamphuis y Telch, 2000), y otros, en los que el uso de estas técnicas favorecía la reducción del miedo, mayor autoeficacia y control percibido y mejor ejecución de un mayor número de pasos en los test conductuales (Johnstone y Page, 2004; Oliver y Page, 2008).

Emilio Gutiérrez apunta que todas las psicoterapias tienen un denominador común, *“dirigir, reclamar, focalizar, llamar, centrar...”*; es decir, *desviar la atención fuera de las coordenadas espacio - tiempo - emocionales - interpersonales de la conciencia del problema ...si la atención se divide, la ejecución (conciencia del problema) se resiente*” Emilio Gutiérrez (2004, 2013).

Este mismo autor, como director de la unidad de atención psicológica “Venres Clínico” de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, ha ido desarrollando durante los últimos 20 años un conjunto de estrategias de desvío atencional que han mostrado eficacia en cuanto a la reducción de la ansiedad necesaria para permitir que el paciente se vaya enfrentando a sus miedos. La técnica de la “S”, “la piedra en el zapato”, “el alimento de la voluntad”, “parte sana - parte enferma”, son unas tareas y aproximaciones terapéuticas que se están convirtiendo en clásicas en dicha reducción de ansiedad.

Independientemente de este trabajo clínico, existen ya líneas de investigación en estrategias terapéuticas que buscan en entrenar a los pacientes en formas de desvío atencional para reducir la ansiedad, por ejemplo Nadir et al. (2009) llevaron a cabo un programa de entrenamiento en modificación atencional mediante ordenador en un grupo de sujetos con fobia social. Los resultados mostraron una reducción significativa de su sintomatología a niveles no clínicos, mejoría que se mantuvo en el seguimiento.

Bados (2012) sugiere que los efectos de la distracción pueden depender de variables como mayor o menor consistencia en su empleo, fase del tratamiento en que se aplica (al principio puede ser útil con el fin de manejar una ansiedad muy intensa), foco de la distracción (no atender a los estímulos externos, a las sensaciones físicas o a las cogniciones negativas), intensidad de la distracción (una atención moderada a los síntomas somáticos y pensamientos negativos puede facilitar el afrontamiento y control de estos, pero una atención excesiva puede perturbar este control), intensidad del miedo (cuanto mayor es este, más útil puede ser la distracción), recursos atencionales requeridos (si la tarea distractora exige muchos, se reduce el procesamiento emocional) y estilo de afrontamiento.

Parece pues, que proporcionar al paciente estrategias de desvío atencional como una forma de reducir su nivel de ansiedad, aumenta las probabilidades de que el paciente se exponga, reduce los abandonos, y mejora la propia exposición.

b) Posibilidad de escape puntual / la distancia de seguridad: Otro de los supuestos de las técnicas de exposición es que el paciente no debe salirse / irse de la situación fóbica. Salirse es algo evitativo y la evitación mantiene el problema, así *“la regla de oro es nunca abandonar la situación hasta que el miedo se ha ido”* (Mathews, Gelder y Johnston, 1981. p: 182).

Se pensaba que si el paciente abandonaba la situación se reforzaba el miedo y la conducta evitativa, algo totalmente anti-terapéutico. Sin embargo, como señalan Rachman, Radomsky, y Shafran (2008) *“este rechazo a considerar una conducta de seguridad debería ser considerado porque ahora tenemos justificación teórica, evidencia experimental y observaciones clínicas que muestran que el uso juicioso de conductas de seguridad, especialmente en las primeras etapas del tratamiento, es un elemento facilitador”* (p. 163).

Es decir, “dar permiso” y permitir que un sujeto abandone temporal o puntualmente la situación ansiógena cuando experimenta gran ansiedad facilita que el paciente se vaya exponiendo a esa situación, y desde luego reduce la tasa de abandonos.

Emilio Gutiérrez, dentro de esta línea, ha desarrollado una estrategia que mejora lo anterior, denominada la *“distancia de seguridad”*.

La *“distancia de seguridad”* consiste en explicar a un paciente que estando bien, en cuanto note las primeras señales que le hagan pensar *“si sigo así dentro de 5 minutos o de 100 metros me voy a poner mal”* se retire temporalmente de esa situación y vuelva a ella en cuanto crea que está en condiciones de continuar.

Implica los mensajes *“guarda una distancia de seguridad con tu ansiedad, de forma que antes de chocarte con ella podrás parar, retirarte ...”*. Cuando explicamos esto a los pacientes, hacemos



“Lilliput Lyrics” de William Brighty Rands, 1899.

énfasis en la idea de que si lo hace así “nunca” se sentirá mal porque antes de que ocurra él se habrá retirado. De esta manera la seguridad y sobre todo tranquilidad que adquieren los pacientes es clave para que vayan dando los pasos en la exposición.

En un caso de fobia a conducir (miedo a tener un accidente, a marearse, ...), propusimos a una paciente que fuera todos los días sola desde su casa a su trabajo, pero que en cuanto pensara *“estoy bien pero si sigo conduciendo dentro de unos minutos creo que voy a estar mal”*, justo en ese momento debía parar el coche, salir, dar un paseo, tomar algo, llamar por teléfono, etc y cuando considerara que estaba de nuevo lista siguiera conduciendo. La tranquilidad que le supuso pensar que de esta manera no experimentaría gran ansiedad porque antes de que ocurriera ella iba a hacer “algo” para evitarla, la permitió conducir cada vez más km., exponerse, y comprobar que nada de lo temido ocurría.

En otro caso de agorafobia, esta estrategia llevaba el mensaje de *“llévate a casa a tu ansiedad antes de que tu ansiedad te lleve a casa”* y permitió que el paciente comenzara a salir de casa con la tranquilidad y espacio suficiente para ir exponiéndose, sabiendo que antes de ponerse mal *“se podría poner a salvo”*.

La idea va más allá de decirle al paciente *“si te pones muy mal puedes retirarte”* (lo que es un simple permiso), dota al paciente de una estrategia, una herramienta que puede utilizar, construye un marco de seguridad y, por supuesto, mejora su autoeficacia y control percibido.

Con todo lo comentado ya podemos pensar que le hemos “vendido” la técnica al paciente. A partir de aquí la intervención se se va organizando, como todos sabemos, en función de la jerarquía que se va construyendo, el tipo de fobia de la que se trate, las posibilidades de exposición y el propio ritmo del paciente.

El terapeuta puede considerar si es conveniente comenzar con estrategias no directas, en imaginación, EMDR, fotos, normalmente cuando la ansiedad es muy alta o cuando no hay muchas probabilidades de situaciones reales (miedo a los exámenes, aviones, etc.). Considerar, también, si es conveniente implicar a otros familiares, ya sea para que no actúen como reforzadores del problema y/o utilizarlos como co - terapeutas en el apoyo de los sucesivos pasos. Incluso considerar si es conveniente que el terapeuta acompañe al paciente en algún momento de la exposición en vivo. Se sabe que en fobias a animales, a las alturas y en el TOC, la exposición asistida por el terapeuta es más eficaz (Abramowitz, 1996; Antony y Barlow, 1997). Al margen de los resultados de las investigaciones en función del tipo de fobia, mi sugerencia es que la decisión tenga en cuenta más las necesidades de cada caso particular, hacerlo de manera muy puntual, el menor número de veces posible y siempre vigilando que el paciente no se convierta en dependiente de la presencia del terapeuta.

Si el proceso, pasos de la exposición, transcurre adecuadamente lo que nos solemos encontrar es que tras un primer momento, los éxitos y avances del paciente tienen un papel motivacional importante y le animan a ir más deprisa e incluso saltarse algunos pasos de la jerarquía. En esa fase la mejoría es más significativa y más rápida. El paciente se va sintiendo cada vez más seguro y el nivel de ansiedad se va cada vez reduciendo más. El miedo cada vez interfiere menos en la vida del paciente, se da un menor número de conductas evitativas y lo más importante, el sujeto ya sabe lo que hay que hacer, o sea, ya posee estrategias de afrontamiento adecuadas. Esto supone que en muchas ocasiones la terapia puede terminar aunque el miedo no se haya reducido al 100%, simplemente el paciente puede seguir solo con el plan establecido.

4 Servicio de Reclamaciones

A lo largo de este trabajo hemos ido viendo una serie de consideraciones que pueden ayudar a maximizar la eficacia de la técnica de exposición. La mayor parte de los comentarios y datos están extraídos de investigaciones, y pocos de la práctica clínica diaria.

Todos sabemos que una investigación recrea y supone las mejores condiciones para que una técnica funcione, por tanto los datos se extraen de condiciones ideales (selección de la muestra, medios, personal, tiempo, ...), condiciones de las que raramente disponemos en los contextos de práctica clínica. Sin embargo parece que los resultados de las investigaciones controladas son bastante generalizables a nuestra práctica habitual. Con las diferencias esperables de formato, número de sesiones, intervalo y duración de las mismas, parece que las técnicas basadas en la exposición son adecuadas y consiguen resultados similares a los de los estudios.

Un dato más discordante es el de el índice de abandonos. Bados, Balaguer y Saldaña (2007) informan de que en los trastornos de ansiedad se dan entre un 30 y un 35% de abandonos, un porcentaje bastante alto. Llevar a cabo una técnica de exposición es fácil, pero no lo es tanto conseguir las condiciones necesarias para que el paciente acepte la técnica. En la práctica clínica no seleccionamos la muestra y debemos trabajar con diversidad de pacientes, con demandas distintas, niveles educativos y sociales diferentes, también motivación distinta, circunstancias personales, historia evolutiva y evolución de sus miedos muy diversa.

En este contexto es cuando es de vital importancia la creación de una buena relación terapéutica, empatía, calor, respeto, hablar el lenguaje del paciente, adaptarnos y adaptar la técnica a sus circunstancias y no al revés, salirnos del guión (del mapa) si es necesario. Creo que todo ello contribuiría a reducir los abandonos y a comenzar la terapia en mejores condiciones, favoreciendo su eficacia.

El porcentaje de recaídas es bajo, se calcula alrededor del 4% (Antony y Barlow, 2002), probablemente sea más alto en la práctica clínica. Pero aunque no sea categorizado como una recaída si que se observa un retorno al miedo (Ost, 1989). Este retorno es más probable cuando; a) ha transcurrido bastante tiempo desde el último contacto con el estímulo fóbico; b) cuando el sujeto se encuentra con una situación fóbica más difícil e intensa que las practicadas en terapia y que le puede desbordar; c) cuando el estímulo fóbico se produce en un contexto sobresaliente, especial y/ o que recuerda la situación inicial; y d) atravesar por dificultades y problemas personales estresantes e intensos. Mantener un seguimiento y un contacto terapéutico adecuado puede ayudar a que una exacerbación sintomatológica no se convierta en una recaída.

Con respecto al futuro, aparecen en la literatura tres preocupaciones básicas. Por un lado, introducción de estrategias cognitivas dirigidas a modificar creencias disfuncionales y que puedan ser útiles para reducir y prevenir recaídas. Esto parece que invita a la pregunta de si la exposición por sí misma no es suficiente para “consolidar” el cambio y que se necesita además cambiar el marco cognitivo / experiencial del paciente, sobre todo el relacionado con las creencias acerca del propio miedo, incluyendo, también, la expresión y cambio emocional.

Otra de las preocupaciones es la relacionada con la búsqueda de formas de abordaje, más rápidas y con menor coste tiempo / beneficio, dirigidas a investigar si es necesario llevar a cabo la exposición cada día, si es preciso practicar una hora cada vez, cual debe ser la duración adecuada de cada sesión, mayor desarrollo de las terapias de una sesión, etc. Es decir, la búsqueda de la brevedad.

Y, finalmente, el desarrollo e implementación de abordajes más novedosos, tipo realidad virtual, terapias “on-line” y los programas guiados a través de internet en los que el paciente va siguiendo por él mismo todos los pasos necesarios en su exposición al miedo (Marks, 2004)

A esto nosotros le añadimos las nuevas líneas de investigación en la reducción de la ansiedad, ya comentadas anteriormente. Y, por supuesto, investigaciones desde contextos aplicados que puedan probar la eficacia de estas técnicas con las condiciones asistenciales habituales.

Díaz, Ruiz, Villalobos y González (2012) comentan que a pesar de los datos el uso de la exposición en el ámbito general de la psicoterapia (incluida la terapia cognitivo conductual) es menor de lo que se esperaría. Becker, Zayfert y Anderson (2003) y Freihei, Vye, Swan y Cady (2004) apuntan a razones de desconocimiento (lo dudo), mayor familiaridad con otros procedimientos y falta de formación y experiencia en la aplicación de estas técnicas.

Quizás a esto haya que añadirle algunas dificultades de validez externa de estas técnicas a la hora de poder ser aplicadas con comodidad en los contextos asistenciales anteriormente mencionado. En este sentido explorar y mejorar formas de aplicación más ajustadas al trabajo diario redundaría en un mayor uso y beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.

Amir, A., Beard, C., Taylor, C. T. et al. (2009): Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 961-973

Anderson, J., Williams, S., Mc Gee, R. y Silva, P. (1987): DSM III Disorders in pre-adolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

Antony, M. A. y Barlow, D. H. (2002): Specific phobias. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its Disorders* (2ª ed. pp: 380-417) New York: Guildford

Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.

Bados, A. (2012): Fobias específicas. En *Lecciones de Terapia de Conducta*. Vallejo, M. A. y Comeche, M. I. Editorial Dykinson.

Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007): Outcome of cognitive - behavioural therapy in training practice with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 429-435.

Becker, C. B., Zayfert, C. y Anderson, E. (2003): A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.

Choy, Y., Fyer, A. y Lipsitz (2007): Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.

Díaz, M. I., Ruiz, M. A., Villalobos, A. y González, M. P. (2012): Terapias y técnicas de exposición. En *Manual de técnicas de intervención cognitivo - conductuales*. Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E.; De Corral, P. y Ortiz, C. (2009): Técnicas de exposición. En *Técnicas de Modificación de Conducta*. Coordinador Francisco Javier Labrador. Ed. Pirámide.

Freihei, S. R., Vye, C., Swan, R. y Cady, M. (2004): Cognitive - behavioural therapy for anxiety: Is dissemination working?. *The Behavior Therapist*, 27, 25-32.

Gutiérrez, E. (2004): El optimismo irracional en psicoterapia. ¡Vade retro pesimismo profesional!. *Cuadernos de Terapia Familiar*. 58, 109-118.

Gutiérrez, E. (2013): Distractores y tratamiento de la ansiedad. Curso Centro de Formación FOCO. Santiago de Compostela.

Johnstone, K.A. y Page, A.C. (2004). Attention to phobic stimuli during exposure: The effect of distraction on anxiety reduction, self efficacy and perceived control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 249-275.

Kamphuis, J.H. y Telch, M.J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatment for specific fears. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1163-1181.

Kessler, R.C. y Ustun, T.B. (2008): The WHO Mental Health Survey: global perspectives on the epide-

miology of mental disorders. New York: Cambridge University.

Lambert, M. J. (1992): Psychotherapy Outcome Research: Implications for

Integrative and Eclectic Therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.),

Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.

Ledoux, J. E. y Gorman, J. M. (2001): A Call to Action. Overcoming Anxiety Through Active Coping. *American Journal of Psychiatry*. 158,12.

Marks, I.M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-17.

Mathews, A.M., Gelder, M.G. y Johnston, D.W. (1981). Agoraphobia: Nature and treatment. Nueva York: Guilford.

Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Dancu, C. y Greenwald, M. (1986). The role of self-directed in vivo exposure in cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 17, 91-108.

Murphy, M.T., Michelson, L.K., Marchione, K., Marchione, N. y Testa, S. (1998). The role of self-directed in vivo exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 117-38.

Nardone, G. (2002): Miedo, pánico y fobias. La terapia breve. Ed. Herder.

Oliver, N.S. y Page, A.C. (2008). Effects of internal and external distraction and focus during exposure to blood-injury-injection stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 283-291.

Ost, L. G. (1989): A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour research and Therapy*, 27, 123-130.

Parsons, T., & Rizzo, A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 250-261.

Pérez, M. et al. (2005) Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Ed. Pirámide

Rachman, S., Radomsky, A.S. y Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173

Wolitzky-Taylor, K., Horowitz, J., Powers, M. Y Telch, M. (2008): Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta - analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021-1037.



CASOS CLÍNICOS

"Songs for Little People" de Norman Gale
Ilustración de H. Stratton, 1896.

CASO CLÍNICO 1

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN UN CASO DE STATUS EPILÉPTICO: ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y FAMILIA

Sabela Bermúdez Míguez,
PSICÓLOGA CLÍNICA
(Fundación Instituto San Xosé. Madrid)

Alicia Carballal Fernández
PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE
(Gerencia de Gestión Integrada. A Coruña)

Resumen: El status epiléptico se define como un trastorno neurológico en el que el paciente sufre crisis convulsivas continuas sin que se de recuperación de la conciencia entre las mismas. Este estado es considerado una urgencia médica, ya que compromete el funcionamiento cognitivo y vital de la persona que lo padece. En el presente artículo, se describe el caso de una paciente que sufre crisis generalizadas y status epiléptico. Se detalla a continuación, el proceso de evaluación y rehabilitación neuropsico-

lógica e intervención psicoterapéutica realizada, así como los resultados obtenidos tras el seguimiento del caso. Finalmente, se realiza una discusión sobre los modelos de intervención empleados en la actualidad en pacientes con Daño Cerebral Adquirido desde el área de Neuropsicología y se presenta la necesidad de llevar a cabo programas holísticos que incluyan a las familias como ámbito de intervención y su implementación en el Sistema de Salud Público.

Palabras clave: Estado Epiléptico, Neuropsicología, Familia, Proceso de adaptación y Daño Cerebral.

Abstract: Status epilepticus is defined as a neurological disorder in which the patient suffers from continuous seizures without consciousness recovery between them. This condition is considered a medical emergency; it represents a neurological and vital risk for the patient. This article shows a case of a patient who suffers generalized seizures and status epilepticus. The following article summarizes the process of neuropsychological assessment and psychotherapeutic intervention, as well as the results obtained after the monitoring of the case. Finally, this study presents a discussion of intervention models currently performed in patients with Acquired Brain Injury from the area of Neuropsychology and the necessity is presented to become holistic programs that include families as a scope of intervention and its implementation in the public health system.

Keywords: Status Epilepticus, Neuropsychology, Family Caregivers, Process of adjustment and Brain Injury.

1 Introducción

El concepto de epilepsia es un concepto heterogéneo, que engloba distintos tipos de síndromes, en los que concurre un trastorno neurológico caracterizado por la hiperexcitabilidad y sincronía neuronal. Hoy en día, se acepta en mayor medida el término de “síndrome epileptógeno”, propuesto por la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), para englobar signos y síntomas de diferente etiología. La definición de epilepsia propuesta por la ILAE en el 2005 hace referencia a las consecuencias biopsicosociales de la misma, al entender este síndrome como “una alteración cerebral caracterizada por la predisposición permanente para generar crisis y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición” (Fisher et al., 2014).

El status epiléptico es un trastorno convulsivo en el que el paciente sufre convulsiones motoras importantes de forma continua, sin que se de recuperación de las mismas entre los episodios. Es probable-

mente el tipo de crisis que más deterioro produce, incluso en pacientes con un único episodio, ya que supone un riesgo vital y neurológico para quién lo padece (Maestu, Martin, Sola y Ortiz, 1999).

En la actualidad, aunque se cuenta con distintas clasificaciones de las crisis epilépticas, se acepta la categorización de las mismas en síndromes sintomáticos, idiopáticos y criptógenos, en función de que la etiología que los produce esté aclarada, no se encuentre una causa en la misma o se sospeche un origen a pesar de la negatividad de las pruebas. Asimismo, se clasifican las crisis epilépticas en generalizadas o focales (anteriormente denominadas parciales), en función de si la afectación neurológica se generaliza a ambos hemisferios o presenta un foco epileptógeno en uno de ellos. A su vez, las crisis parciales se categorizan en simples o complejas, en relación a la ausencia o presencia de pérdida de conciencia durante las mismas (Kandel, Schwartz y Jessell, 2000; Martin, Bortz y Snyder, 2006). Dentro de las alteraciones asociadas a las crisis epilépticas generalizadas se encuentran, entre otras, los déficits en la velocidad de procesamiento, enlentecimiento psicomotor y déficits atencionales, observándose también alteraciones en las funciones ejecutivas (Álvarez-Carriles, López- Hernández, Martín- Plasencia y Maestú, 2008). Por todo ello, se hace necesaria una evaluación neuropsicológica completa que abarque el funcionamiento cognitivo global de la persona que las sufre.

El objetivo del presente artículo es describir el caso clínico de una paciente que fue diagnosticada de crisis convulsivas generalizadas y status epiléptico de inicio, que sufrió como consecuencia de ello un deterioro cognitivo significativo e importantes dificultades en las relaciones socio- familiares. Con este trabajo se pretende aportar una visión global e integradora del paciente con daño cerebral, que incluya a la familia en el proceso de intervención de dicha enfermedad.

2 Datos Sociodemográficos

Mujer de 19 años de edad que cursaba previamente al ingreso 2º de Bachillerato. En la actualidad convive con sus padres y su hermana mayor. En relación al nivel basal previo, la familia la describe como una chica alegre, sociable y buena estudiante. Además, se constató la adquisición de actividades de la vida diaria, básicas, instrumentales y superiores.

3 Motivo de Consulta

Desde el Servicio de Neurología se solicitó interconsulta para valoración neuropsicológica de la paciente debido a amnesia anterógrada. Tanto ésta como la familia refieren olvidos de hechos diarios que dificultan su autonomía, así como amnesia retrógrada que afecta a recuerdos de episodios

vitales previos al daño cerebral sufrido. Además de ello, señalan la importancia de que la paciente retome y finalice sus estudios.

En el 2011 acudió a Urgencias debido a fiebre de hasta 39° de 4 días de evolución. Fue derivada a UCI por presentar alteración del nivel de conciencia, habla incoherente y crisis convulsivas. La RM y TAC realizados no mostraron alteraciones significativas. Se descartó asimismo infección del SNC. Fue diagnosticada desde este servicio de *convulsiones de causa no filiada y status epiléptico*. Fue necesario su control a través de hipotermia ya que en un principio no respondió a tratamiento farmacológico. Posteriormente, se consiguió el control de las crisis con Levetiracetam, Acido Valproico, Lacosamida y Lorazepam. Tras dos meses de ingreso en UCI, se produjo traslado a Neurología, donde se realizó un EEG que evidenció actividad irritativa temporal derecha y signos compatibles con una polineuropatía sensitivo-motora. Se le dio el alta hospitalaria tras 8 meses de ingreso desde que acudió al Servicio de Urgencias.

4 Objetivos

El trabajo con pacientes con daño cerebral adquirido hace necesario realizar una evaluación neuropsicológica y una entrevista clínica exhaustivas, con el objetivo de diseñar un plan de intervención ajustado a su nivel de rendimiento. Las pruebas neuropsicológicas aplicadas en este tipo de casos deberán también ajustarse a dicho criterio, por lo que será necesario que mantengan una adecuación tanto a nivel de contenido como de validez ecológica (Muñoz-Céspedes y Tirapu, 2001). Además, será primordial que el paciente alcance el mayor grado de autonomía posible en la vida diaria, para lo que será conveniente una intervención psicoterapéutica que facilite el proceso de adaptación tanto del paciente como de la familia a la nueva situación (García, 2006). En base a estos principios, se plantean a continuación los objetivos perseguidos en este caso:

Objetivos generales:

- Valoración del nivel premórbido de la paciente. Obtención del rendimiento general en las distintas funciones cognitivas, a través de datos cuantitativos y cualitativos.
- Creación de un plan de intervención global que integre las distintas áreas en las que se suele encontrar afectación tras daño cerebral (v. gr. cognitiva, emocional y conductual) y distintos contextos en los que interactúa la paciente (v. gr. familiar, social y académico).
- Potenciar la autonomía e independencia de la paciente.
- Prestar apoyo psicoterapéutico durante el proceso de adaptación.

Objetivos específicos:

Los objetivos específicos deben ser seleccionados mediante un consenso entre terapeuta, paciente y familiares, y deben permitir alcanzar al mismo tiempo los objetivos generales. En concreto, en el caso aquí presentado, fue necesario adaptar las expectativas de cada una de las partes a la realidad de la situación. Así, la familia manifestaba el deseo de que la paciente retomara los estudios y finalizara segundo de bachillerato. Esto contrastaba con la percepción de la evaluada, que refería incapacidad para continuar con la actividad académica, debido a las dificultades cognitivas derivadas del trastorno convulsivo, que se traducían en un alto nivel de frustración a nivel académico y social.

Para resolver esta incompatibilidad entre objetivos, se facilitó la reflexión acerca de la funcionalidad de los mismos. Finalmente se acordaron los siguientes puntos de cara a potenciar la autonomía de la paciente:

- Cursar alguna actividad de interés para la paciente adaptada a sus limitaciones cognitivas.
- Aprender a realizar comidas.
- Hacer uso del transporte público de manera independiente (v. gr. autobús).
- Planteamiento de estrategias para el mantenimiento atencional, reglas mnemotécnicas y entrenamiento en memoria de trabajo.

5 Intervención

Se realizó un programa de tratamiento en el que la evaluación e intervención forman parte del mismo proceso asistencial.

La evaluación neuropsicológica y la entrevista clínica, evidenciaron la presencia de amnesia anterógrada significativa que dificultaba la autonomía de la paciente; así como amnesia retrógrada de algunos aspectos de su vida. En concreto, se mostraba alterada la capacidad para recuperar y codificar información. La paciente denotaba también déficits en velocidad de procesamiento, alternancia atencional, funciones ejecutivas, denominación de objetos, parafasias, déficits en las funciones visoespaciales y en tareas sencillas de cálculo numérico. Entre las capacidades preservadas, cabe destacar la capacidad de expresión y comprensión lingüística y la capacidad de mantenimiento atencional. Además, la paciente era consciente de los déficits derivados de la enfermedad. (Ver Tabla 1). Se observó también que tanto paciente como familia presentaban un desajuste de expectativas en relación a la evolución de la misma.

El plan de intervención programado, combinó la rehabilitación cognitiva con la intervención psicoterapéutica.

En relación al área cognitiva, se programaron en primer lugar actividades de lápiz y papel, para posteriormente realizar la generalización pertinente al ambiente natural. De esta forma, se propuso un entrenamiento en memoria de trabajo a través de tareas como la presentación de palabras encadenadas o números. Además, se trabajó con la paciente la adquisición de reglas mnemotécnicas mediante la utilización de imágenes y listas de palabras, en las que se potenció la recuperación y codificación de la información, a través de estrategias de organización o de elaboración (Muñoz y González, 2009) ya que han mostrado una mayor facilitación en el recuerdo posterior. Se practicaron también ejercicios de cálculo numérico, así como de planificación en relación distintas situaciones (v. gr. como ir a la compra).

Posteriormente, se llevaron a cabo varias sesiones en un ambiente natural. Para ello, se acompañó a la paciente al supermercado y se programaron objetivos graduados a alcanzar en las distintas visitas (v. gr. coger el bus, comprar los alimentos necesarios, hacer la cena al llegar a casa). Durante las salidas programadas, se utilizaron las estrategias cognitivas entrenadas previamente, como por ejemplo técnicas mnemotécnicas para aprenderse el camino al supermercado (v. gr fijarse en puntos que llamen su atención: una iglesia, un instituto) o planificar la compra de los distintos alimentos que necesitaba. De hecho, sólo a través de un acercamiento al entorno natural se pudieron detectar dificultades que sería imposible verificar de otro modo. Este tipo de intervención permitió comprobar como la alteración en la capacidad de atención dividida, planificación y velocidad de procesamiento, se traducían en una clara dificultad para afrontar tareas de su vida diaria, tales como cruzar en el paso de peatones o tomar una decisión cuando el formato de los alimentos que encontraba en el supermercado era diferente al esperado. Una vez detectadas dichas dificultades, se añadió su intervención a los objetivos planteados con anterioridad.

En relación a la intervención psicoterapéutica, se trabajó con la paciente diferentes áreas (v. gr. académica, social y familiar) para facilitar el proceso de adaptación de ésta a las consecuencias sufridas tras el daño cerebral. Así, en lo referente al ámbito académico, la intervención estuvo orientada principalmente al manejo del fracaso escolar y reorientación de expectativas profesionales, en consonancia con el rendimiento cognitivo que presentaba tras las crisis convulsivas. En el ámbito social, el trabajo se orientó a la recuperación de relaciones sociales y/o al establecimiento de nuevas relaciones, dado que las dificultades de comprensión y enlentecimiento cognitivo que mostraba, propiciaron entre otros factores, la pérdida de su grupo de apoyo primario. Finalmente, en el ámbito familiar, el objetivo fue procurar una mayor independencia de sus padres y hermana. Además, se trabajó el ajuste de expectativas respecto su futura funcionalidad, se dieron pautas de cara a potenciar su rendimiento en las distintas actividades y se prestó apoyo ante las preocupaciones

y dudas planteadas. Todo ello facilitó una narración adaptativa acerca del proceso asistencial.

Los resultados, alcanzados tras ocho meses de intervención, constatan una mejoría generalizada en el rendimiento cognitivo de la paciente, así como una mayor independencia y autonomía. Los datos obtenidos a través de las pruebas aplicadas evidencian un mayor rendimiento en pruebas de alternancia atencional y velocidad de procesamiento, así como un mayor span atencional en memoria audioverbal y visoespacial (excepto en la prueba de Localización espacial inversa, que es probable se viera influida por la distraibilidad que mostró la paciente ante ésta, ya que era de las últimas aplicadas). Dicha mejoría, es confirmada tanto por la paciente como por la familia, que informan de un mejor recuerdo de hechos pasados y de detalles diarios. Así, refieren que es capaz “de arreglárselas mucho mejor”, “La vemos mucho mejor en pequeños detalles del día a día, como que pueda recordar que ayer estuvo con una amiga hablando y la conversación que tuvo con ella”. **(Ver Tabla I).**

En la actualidad (dos años después de su primer ingreso) se continúa seguimiento de la paciente, con la que se pautan nuevos objetivos de acuerdo con la evolución de la misma. Principalmente, se pretende recuperar la actividad en el ámbito académico y relacional (v. gr. actividad cognitiva adaptada a sus capacidades, funcionamiento de redes sociales) y fomentar su autonomía dentro de limitaciones propias de la enfermedad. Además, como la paciente continúa sufriendo crisis epilépticas episódicas de causa no filiada, se trabaja con ella la capacidad de reacción ante la identificación del aura. Para ello, ha contratado un sistema de tele asistencia domiciliaria, que posibilita que active una alarma desde una pulsera que lleva, cuando percibe ciertas sensaciones de aviso.

Tabla 1. Resultados Pruebas Neuropsicológicas

7 MINUTOS	Aplicación Anterior (Febrero)		Aplicación Actual (Diciembre)	
Orientación Temporal Aprendizaje Total Fluidez Verbal Test do Reloxo	PD= 111 PD= 14 PD= 10 PD= 4		PD= 111 PD= 16 PD= 14 PD= 6	
DÍGITOS (WMS)	Directo Span= 5	Inverso Span=3	Directo Span = 7	Inverso Span = 5
Localización Espacial (WMS)	Directo Span= 4	Inverso Span= 4	Directo Span= 6	Inverso Span= 2
FAB	PD= 12/18		PD=16/18	
CTMT	Tiempo (seg.) Puntuación		Tiempo (seg.) Puntuación	
Ensayo 1	89"	T= 18	54"	T= 27
Ensayo 2	109"	T= 18	52"	T= 30
Ensayo 3	137"	T= 18	76"	T= 20
Ensayo 4	98"	T= 18	43"	T= 31
Ensayo 5	167"	T= 18	102"	T= 21

NOTA: PD= Puntuación Directa. T= Puntuación T (x = 50, Sx= 10). Seg. = Segundos.

6 Conclusiones

La implementación de un programa global e integral, que se ocupe no solo del área cognitiva y/o conductual del paciente sino que tenga en cuenta del mismo modo el ámbito emocional y los distintos entornos interrelacionados con la persona afectada, es de especial importancia en el ámbito de la Neuropsicología.

Son muchos los autores que hacen referencia a dicho planteamiento como principio fundamental en esta área. Barbara Wilson (Wilson, 1997), describe cuatro modelos principales de rehabilitación cognitiva en daño cerebral y señala la adecuación de los modelos holísticos que intervienen sobre las funciones cognitivas, emociones y motivación, en combinación con los modelos orientados al paciente, basados en las teorías del aprendizaje, la psicología cognitiva y la neuropsicología. Contrapone la idoneidad de estos últimos a la inadecuación de los enfoques que basan su intervención en ejercicios cognitivos o en la psicología cognitiva exclusivamente. Del mismo modo, Prigatano, destaca la necesidad de intervenir sobre la experiencia subjetiva del paciente con daño cerebral, ya que entiende que potenciará su participación en todo el proceso de rehabilitación y permitirá en mayor medida integrar lo ocurrido en su vida (Prigatano, 2011). Intervenciones como las planteadas en el presente artículo, tienen como objetivo dotar a familiares y pacientes de recursos, para poder alcanzar, en la medida de lo posible, los objetivos planteados y resolver los problemas diarios derivados del daño sufrido (Prigatano, 1999).

En el caso que aquí se expone, se mantiene el programa asistencial durante dos años, con consultas de periodicidad gradualmente prolongadas (semanal los primeros meses, quincenal y finalmente cada tres meses aproximadamente). Cabe señalar en primer lugar, que la presentación de este trabajo no pretende realizar generalizaciones sobre los resultados obtenidos, entendiendo las limitaciones con las que cuenta la descripción de un caso clínico. A pesar de ello, nos gustaría abrir un debate acerca de la metodología y fines de intervención que se realizan en la actualidad en el campo de la Neuropsicología. Nuestra intención es proponer una alternativa a los programas de intervención diaria y casi exclusivamente de corte cognitivo que se llevan a cabo en muchos centros de daño cerebral. Si bien reconocemos que las sesiones diarias pueden potenciar la adquisición de habilidades cognitivas y/o conductuales en estos pacientes; consideramos que, además de no existir estudios concluyentes al respecto, la implementación de programas holísticos y ecológicos como el aquí planteado puede conformar una alternativa viable y eficiente de cara a su implementación en el Servicio Gallego de Salud, compensando la dificultad de llevar a cabo consultas diarias en el mismo. Además, la atención prestada a las familias, y en concreto al cuidador/a principal, supone un pilar fundamental para reducir la sobrecarga emocional a la que se enfrentan durante todo el proceso (García, 2004). Con todo ello, será necesario, por lo tanto, realizar estudios que clarifiquen la efectividad de las intervenciones en Daño Cerebral Adquirido, así como dar una solución asistencial al abandono sufrido en la actualidad por pacientes y familias desde nuestro sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez- Carriles, López- Hernández, Martín- Plasencia y Maestú, F. (2008). Neuropsicología y epilepsia. En: J.Tirapu, M. Ríos y F. Maestú (Eds.), *Manual de Neuropsicología* (pp. 343-369). Barcelona: Viguera.

Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., . . . Wiebe, S. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475-482. doi: 10.1111/epi.12550

García, M. A. (2006). Procesos asistenciales y cuidado de las familias con daño cerebral adquirido. En: Mapfre (Ed.) *Avances en Neuropsicología Clínica* (pp. 245-274). Madrid: Mapfre.

García, M. A. (2004). El cuidador principal. En: Federación Española de Daño Cerebral- FEDACE. *Guía de Familias* (pp: 120-121). Madrid: FEDACE.

Kandel, E. K., Schwartz, J. H. y Jessell T.M. (2000). *Principios de Neurociencia*. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España

Maestú, F., Martín, P., Sola, R. G. y Ortiz, T. (1999). Neuropsicología y deterioro cognitivo en la epilepsia. *Rev Neurol*, 28 (8),793-98.

Martin, R., Bortz, J. y Snyder, P. (2006). Epilepsy and Nonepileptic Seizure Disorders. EN: P. Snyder, P. Nussbaum y D. Robins (Eds.), *Clinical Neuropsychology: a pocket handbook for Assessment* (pp. 318-350). Washington, D.C: American Psychological Association.

Muñoz Céspedes, J. M. y Tirapu, J. (2001). Evaluación neuropsicológica. En: J. Muñoz- Céspedes y J. Tirapu (Eds), *Rehabilitación neuropsicológica*, (pp. 67-90). Madrid: Síntesis.

Muñoz, E. y González, E. Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica en la memoria. (2009). En: E. Muñoz, N. Galparoso, J.L. Blázquez, G. Lubrini, J.A. Periañez, M. Ríos, Sánchez, et al. (Eds.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (pp.81-117). Barcelona: UOC

Prigatano, G. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. United States of America: Oxford University Press.

Prigatano, G. P. (2011). The importance of the patient's subjective experience in stroke rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*, 18(1), 30-34. doi: 10.1310/tsr1801-30

Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be. *J Int Neuropsychol Soc*, 3(5), 487-496.

CASO CLÍNICO 2

PERSONALIDAD, SEXO, DROGA Y SMARTPHONE

María Carou

UMAD (Unidad Municipal de
Atención a Drogodependientes)
Santiago de Compostela.

Resumen: En el presente trabajo se analiza el caso de un paciente que a lo largo de más de 30 años ha acudido a distintos tratamientos, especialmente por sus trastornos adictivos, cambiando una sustancia por otra a lo largo del tiempo y sufriendo recaídas repetidas. Presenta un perfil de personalidad típicamente relacionado con las adicciones, con impulsividad, búsqueda de sensaciones y falta de autocontrol, así como comportamientos llamativos, con búsqueda de atención y dramatismo que harían pensar en trastornos de personalidad, aunque sobre todo destaca una vida sexual complicada, con prostitución y daño continuado. En terapia se revela la existencia de abuso sexual infantil, lo que permite ayudar a entender sus comportamientos y a que el paciente también los comprenda, pudiendo elaborar el trauma y reducir el daño.

Palabras clave: Drogodependencia, abuso sexual infantil, personalidad.

Abstract: This paper discusses the case of a patient who has come throughout more than 30 years to different treatments, especially for his addictive disorder, sifting from a substance to another over the years, and having successive relapses. His personality profile is related to addictions, with impulsiveness, sensations seeking and lack of self-control, as well as striking behaviour, with search of attention and drama that would think about personality disorders, although mostly emphasizes especially stands out a sexual complicated life, with prostitution and continued damage. The revelation in therapy of being sexually abused when child allows us and the patient himself to understand some behaviours, and being able to cope with the trauma and reduce the damage.

Keywords: Drug dependence, childhood sexual abuse, personality.

1 Introducción

La drogodependencia, como trastorno único, es un fenómeno suficientemente complicado como para merecer una atención especializada. Se ha asociado a variables de personalidad como impulsividad y búsqueda de sensaciones, así como a falta de autocontrol, ampliamente estudiadas en el ámbito de la drogodependencia y relacionadas con el contacto temprano con sustancias y gravedad en la adicción (Carou, Romero y Luengo, 2013). Además la mayoría de estudios destacan que suele aparecer otra psicopatología asociada que se vincula a peor pronóstico (Schottenfeld, Carroll y Rounsaville, 1993), destacando entre los diagnósticos más comunes los trastornos afectivos y los trastornos de personalidad (Frei y Rehm, 2002). Esta comorbilidad parece suficiente para explicar la cronicidad y las recaídas, por lo que se restaría importancia a la búsqueda de otros trastornos o traumas que si no son tratados dificultarían la evolución, como la presencia de Abuso Sexual

Infantil (ASI). Por otro lado, según la literatura, en población adulta que sufrió ASI, pero que no recibió en su momento la asistencia terapéutica oportuna aparecerían trastornos cronificados y sobredimensionados (Díaz, Casado, García, Ruiz, Esteban, 2000). La estimación de ASI en España es del 15% en niños, conociéndose entre el 10 y el 20% de los casos (Horno, del Molino Alonso, y Santos, 2001). El ASI está relacionado con estados depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos de personalidad, drogodependencia, problemas con la sexualidad, prostitución, marginalidad entre otros (Noguerol, 1997). Los estudios señalan relación entre ASI y drogodependencia, sobre todo la mayor incidencia de ASI en mujeres drogodependientes que entre las que no lo son, y menor revelación en hombres, por lo que se recomendaría mayor atención a la posible presencia para su valoración y tratamiento (Del Río y Guardiola, 2013).

2 Datos demográficos

Se trata de un varón de 45 años, soltero.

Es pensionista, con incapacidad permanente absoluta. Acude regularmente a revisiones en Medicina Interna en el CHUS (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago), por infecciones de VHB+ y VIH+ (Estadio SIDA C3), infectado con 20 años y con conocimiento de la infección desde los 21. El tratamiento psicofarmacológico en el momento actual es Clonazepam, Duloxetina, y Mirtazapina. A nivel judicial tiene un antecedente de alcoholemia y resistencia a la autoridad.

A nivel familiar destaca que sus padres están divorciados desde que él tenía 18 años, con un clima familiar conflictivo, existiendo violencia de género y maltrato del padre al hijo. El padre presenta alcoholismo y ludopatía no tratados, y la madre tratamiento por trastorno depresivo. Es el mayor de cinco hermanos y único varón. Una hermana está a tratamiento por trastorno bipolar (y su hijo por trastorno adictivo), otra presenta trastorno depresivo, y otra hermana es la “supervisora” y cuidadora de todos.

3 Motivo de consulta

Después de realizar distintos tratamientos tanto en Unidad de Salud Mental como en centros específicos para el tratamiento de las drogodependencias, ambulatorios y residenciales, públicos y privados, es remitido desde una Comunidad Terapéutica de la red pública gallega para el seguimiento de su adicción en un tratamiento semi-residencial (Unidad de Día o UD) buscando una paulatina adaptación y continuación del tratamiento en unidad ambulatoria (UAD).

4 Objetivos

A continuación destacamos los principales objetivos del tratamiento en un primer momento en UD:

- Disminución de conductas de riesgo: sexuales, abuso de sustancias, conductas impulsivas, gastos excesivos...
- Abordar la ausencia de planificación y autocuidado.
- Disminuir la búsqueda de atención interpersonal, establecimiento de relaciones sociales sanas y reducción de comportamientos dramáticos.
- Estabilizar los estados de ánimo inconstantes.
- Reorientar el estilo cognitivo superficial.
- Aumentar la autoestima y habilidades sociales

Tras una importante recaída, estos objetivos se redefinen, para tratar de conseguir tanto en UD como en terapia los siguientes:

- Recuperar el funcionamiento previo y estabilización.
- Comenzar el abordaje de posibles experiencias traumáticas para posterior elaboración y comprensión más explícita de su actual funcionamiento.

5 Intervención

Los antecedentes de consumo y tratamientos previos reflejan una gravedad adictiva, que comienza con 11-15 años, con diagnósticos de ludopatía, dependencia a heroína, dependencia a cocaína, dependencia a alcohol (sustituyendo una sustancia por otra a lo largo del tiempo), así como Síndrome Ansioso Depresivo. En la exploración psicopatológica destacamos lo siguiente:

consciente, orientado, buen aspecto, actitud colaboradora, con conciencia de enfermedad, sin alteraciones sensorio-perceptivas. Aparece presencia de alteraciones atencionales: hipoprosexia y tendencia a la distraibilidad; alteraciones en el contenido del pensamiento en forma de rumiación depresiva, preocupación ansiosa; a nivel conductual: abuso de sustancias, conductas impulsivas, tendencia al aislamiento social, conductas de búsqueda de atención y dramatismo, se presenta como divertido, sexualmente provocador, relaciones sexuales desprotegidas; a nivel fisiológico-emocional se detecta ansiedad, hipotimia, inestabilidad emocional, apatía; a nivel interpersonal: pocas relaciones sociales, la mayoría con exconsumidores; a nivel de personalidad a medida que avanza el tratamiento se observan rasgos histriónicos, dependientes y límites.

Destacan muy altas puntuaciones en impulsividad (BIS-11, Patton, Stanford y Barratt, 1995): ausencia de planificación, de reflexión, no tiene en cuenta consecuencias negativas, no inhibición de conducta; altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones (SSS-V, Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978): desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento, y muy bajo autocontrol (Escala de Autocontrol, Grasmick, Tittle, Bursik y Arneklev, 1993): búsqueda de sensaciones impulsiva.

La evolución en el tratamiento es irregular, pasando por largos períodos de abstinencia y también de recaídas, que cada vez son menores en intensidad y duración.

Comienza psicoterapia en UAD al mismo tiempo que el programa semi-residencial UD, en septiembre de 2010, con muchas dificultades, consiguiendo el alta de UD en julio de 2011, y continuando en UAD. El alta se une a una salida laboral en la que no se cumplen las expectativas, con cierta “explotación” laboral, comienzan los consumos esporádicos de alcohol, más adelante cocaína, conducta sexual dañina (unida a uso problemático de internet), hasta estar inmerso en una grave recaída y pedir reingreso en UD, haciendo el programa desde septiembre de 2012 hasta mayo de 2013, en el que vuelve a salir de alta y continúa tratamiento en UAD.

En la UD la intervención se realiza en grupo, de manera que acude diariamente a todas las actividades tanto psicoterapéuticas (Prevención de Recaídas, Habilidades Sociales, Terapia de Grupo, Relajación, Autoestima...) como socioeducativas y ocupacionales; al ser un tratamiento de máxima exigencia, realiza urinoanálisis periódicos. En UAD las citas de psicoterapia son quincenales, habitualmente individuales, y en alguna ocasión le acompaña la hermana “cuidadora”.

Pide reiniciar en la UD porque ha comprobado que se encuentra en recaída y necesita una estructura firme en la que recuperarse, presenta absoluto descontrol con las deudas, créditos, tarjetas, gastos encima de sus posibilidades (perfumes de 80 euros, peluquería, smartphone...lujos que no se puede permitir pues no le queda dinero para comer), paga por sexo y permite conductas sexuales que no quiere esperando que así alguien se quede a su lado, aumentando el malestar posterior.

En terapia se centra en analizar aspectos que han repercutido en la reciente recaída, elaborar cuestiones más profundas que en el pasado rehusaba abordar, con mayor intensidad y compromiso, alcanzando una gran alianza terapéutica. A raíz de esta profundización aparecen nuevos datos que explicarían en buena medida todo su recorrido vital, los múltiples diagnósticos y funcionamiento, que podrían ser secundarios al diagnóstico principal actual de Trastorno por Estrés Postraumático.

En su relato se descubre que sus primeros recuerdos son sexuales, aunque prácticamente no recuerda nada de la infancia ni de la adolescencia, sólo que su entorno le ha comentado que desde pequeño tenía problemas y era “caprichoso”, sin recordar nada de sus padres, una vaga descripción de su madre como “buena y trabajadora” y desviviéndose por él. Con 8 años su madre le encuentra en el baño con otro niño, le lleva por primera vez al psicólogo aunque él no comprende esta alarma porque

considera que estaban realizando “cosas sexuales normales”. Finalmente termina pudiendo verbalizar abusos sexuales y físicos que ahora no entiende cómo permitió, que eran cosas cortas en el tiempo “como 10 minutos, bueno, no sé, quizás relativizo el tiempo”, durante 3 años, le hacían daño (penetración anal) era un vecino, mayor, nadie lo supo. Con el tiempo aumentan los recuerdos y la revelación de que fueron dos los abusadores sexuales, y que sus relaciones a partir de ahí con sus iguales y con los mayores son a través de relaciones sexuales que él considera “normales”. Al mismo tiempo hay maltrato físico por parte del padre y de una abuela, aunque casi no tiene recuerdos, excepto lo que le cuentan; sabe que amenazaba a su madre con irse, que llamaba la atención sobre lo que pasaba, se fugaba del colegio, repetía, le cambiaban de colegio. En las sesiones reflexiona: “Puede ser que tenga miedos, al rechazo, a que me juzguen... utilizo a los demás, me utilizan a mí, no digo lo que pienso, no digo lo que quiero, en las relaciones sexuales tampoco...estoy esperando a estallar como una bomba”. Cuando era pequeño las monjas del colegio lo veían como “un niño bueno” por su aspecto (rubio, ojos azules). “Era el niño Jesús en el Belén” cree que es como tener dos caras, una es la que da a conocer como chico “bueno” y la otra es la “verdadera”. Los contactos sexuales precoces con compañeros del colegio no los considera extraños. Con 11-15 años comienza a jugar a las tragaperras, lo relaciona con que algo malo le pasaba, con llamadas de atención, aunque no sabía porqué, siguió con alcohol y luego con heroína y cocaína. Nunca tuvo pareja, “bueno 2 novias (chicas), pero eran novias de aquella manera... ni tocarse”, todas las demás relaciones han sido con hombres. Con 18 años se separan sus padres, él sufría palizas, el padre se comportaba muy agresivamente (su hermana pequeña es fruto de esto). Se queda con su padre para no ser una carga para la madre que se va con las niñas, pero sólo unos meses, pues siguen las palizas muy graves, la última un 5 de Enero, no entendía como la madre aceptaba al padre en la mesa después de esto el día de Reyes (ya separados). El padre es “maravilloso, muy bueno si no hay alcohol”. Con 18 años se va de casa y empieza la prostitución.

Mientras habla se da cuenta de que la sexualidad es una constante, refiriendo que nunca había pensado en ello, ni se había planteado ser víctima de todas estas situaciones de abuso y maltrato, ni que estas experiencias tuviesen relación con sus dificultades.

Se trabaja la buena relación que garantiza la reconstrucción de vínculos afectivos y la exploración de los sucesos traumáticos, tratando de que sienta la terapia como base segura donde poder enfrentarse a situaciones que hasta a él mismo le sorprenden. Se apoya un proceso no de olvido sino de elaboración de la experiencia sufrida, recabando información sobre el suceso abusivo y sus circunstancias, reconocimiento del hecho en el plano cognitivo y emocional (para trabajar este objetivo atendemos a los mecanismos de defensa y manifestaciones de rabia), disminuyendo las distorsiones cognitivas (manejo de la culpa), analizando el impacto emocional (relación afectiva con el agresor, “círculo de la agresión”), abordando la psicopatología como efecto del abuso e intentando respetar en todo momento los tiempos del paciente, para que se sienta tranquilo y protegido en la terapia.

Aprovechando que le gusta escribir, las tareas para casa son por escrito, trabajando como si se tratase de una investigación sobre su vida, él mismo se ofrece a preguntar a la familia recuerdos que tiene olvidados. Trae una libreta que es la depositaria de los recuerdos, en la que anota también lo que quiere hablar en las sesiones.

En la actualidad las citas son más espaciadas, el paciente ha disminuido la actividad sexual, y aunque sigue teniendo relaciones dentro del mundo del consumo (y la mayoría pagando), ha eliminado las conductas sexuales desprotegidas. Algunos de estos encuentros sexuales han ido acompañados de consumo de alguna sustancia (alcohol o cocaína), si bien se ha tratado de consumos puntuales. Se ha apuntado a un gimnasio y va asiduamente a nadar, mejorando así su autocuidado y la posibilidad de ampliar el círculo social. Espontáneamente ha llegado a plantear que si le hicieron daño a él le podrían hacer daño a otros niños y ha presentado una denuncia ante las fuerzas de seguridad del estado, aún siendo informado de que el delito había prescrito y que no obtendría ningún beneficio en ese sentido, el que haya seguido adelante podemos interpretarlo como una conducta de protección de otros. Sus conductas dramáticas y las llamadas de atención han desaparecido, y sus manifestaciones emocionales son más contenidas. Todavía no se ha recuperado de los gastos del pasado pero parece manejar el dinero más prudentemente, incluso invertirlo en solucionar ciertos temas legales atascados. La mayor dificultad sigue siendo el tener relaciones sociales normalizadas y sentirse querido.

6 Conclusiones

En este caso se ha tratado a un paciente que acudía por problemas adictivos y graves consecuencias previsiblemente derivadas de estas adicciones, con conductas impulsivas, gran desinhibición y escaso autocontrol, derivando la terapia hacia el tratamiento de un trastorno por estrés postraumático a raíz de abuso sexual infantil y revictimización no manifestados previamente y que explicaría y condicionaría una vida sexual dañina, un estilo de vida marginal y un malestar emocional.

El impacto del ASI produce cambios de conducta a corto y largo plazo que encontramos en el presente caso: juego sexual precoz, masturbación compulsiva, promiscuidad, prostitución, comportamiento hipersexualizado y consecuencias negativas como enfermedades de transmisión sexual (ETS), ansiedad, depresión, baja autoestima, fracaso escolar, conductas autolesivas, alcohol, drogas, asertividad deficiente y falta de habilidades sociales unidas a sentimientos de inferioridad (Horno et al, 2001).

Una vez conocida la situación de abuso sexual infantil (ASI) a los que se ve sometido el paciente y que él tiene “olvidados”, es fácil reconocer las señales de otros problemas diferentes al consumo de sustancias, como hipersexualidad, conductas sexuales desprotegidas, insatisfacción permanente,

hipervigilancia al rechazo, llamadas de atención y dramatismo, o gastos excesivos y muy superiores a sus posibilidades económicas, que podíamos plantear por sus rasgos de personalidad. También sus antecedentes familiares y personales parecían suficientes para explicar la incapacidad que mostraba de avanzar en el tratamiento de una manera constante, y tras conocerlos podrían ayudar a explicar la poca supervisión de esta familia multiproblemática a las conductas de los hijos, que a veces caracteriza a niños abusados.

El realizar un tratamiento grupal como Unidad de Día al mismo tiempo que en terapia individual se profundiza en traumas no resueltos, potencia la ayuda terapéutica tanto al reforzar el tratamiento individual como al amplificar las herramientas que necesita el paciente, teniendo tiempo y espacio para aprender y practicar técnicas de control de ansiedad, como la relajación o el manejo de pensamientos, para relacionarse con los demás, a través de las habilidades sociales, por ejemplo, o ejercicios para la mejora de la autoestima, pero también para controlar su situación de riesgo frente al consumo de sustancias, la ludopatía, las relaciones sexuales o internet, e incluso para control de gastos. Este programa proporciona una estructura y un orden inexistentes en su vida, que aunque le suponen realizar un gran esfuerzo, él busca activamente para conseguir una estabilidad.

El tratamiento del Abuso Sexual le ha servido para poder entender comportamientos, para recordar y poner en su sitio los recuerdos, pero también para parar de dañarse, reducir el riesgo de infección a otras personas, e incluso poder colaborar en que no se siguiese abusando de otros niños. Las llamadas de atención han desaparecido, así como las muestras de desinhibición, al mismo tiempo que han aumentado las conductas de autocuidado.

Consideramos importante tener presente el abuso sexual en el tratamiento de las drogodependencias, pues aunque se sospecha de su existencia y relación en distintos estudios (Pérez, Lara y González, 2010), podría estar infradiagnosticado, interfiriendo en la adecuada evolución de los pacientes. Al ampliar el foco de la terapia se pudieron fortalecer los objetivos y las consecuencias observadas en el paciente, tanto a nivel conductual como emocional, cognitivo y de relación.

BIBLIOGRAFÍA

Carou, M., Romero, E., y Luengo, M. Á. (2013). Patrones de consumo y variables de personalidad en drogodependientes a tratamiento. *Revista española de drogodependencias*, (3), 217-232.

Del Río, F. P., y Guardiola, M. M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 144-149.

Díaz, J.A., Casado, J., García, E., Ruiz, M.A., y Esteban, J. (2000) Atención al maltrato infantil desde salud mental. Madrid: Instituto madrileño del menor y la familia, Consejería de Servicios Sociales.

Frei, A., y Rehm, J. (2002). The prevalence of psychiatric co-morbidity among opioid addicts. *Psychiatrische Praxis*, 29(5), 258-262.

Grasmick, H. G., Title, C. R., Bursik, R. J. y Arneklev, B.J. (1993) Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5-29.

Horno, P., del Molino Alonso, C. y Santos, A. (2001). Abuso sexual infantil: Manual de Formación para Profesionales. Madrid, Save the Children.

Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En J. Casado, J. A. Díaz y C. Martínez (Eds.), *Niños maltratados* (pp. 177-182). Madrid: Díaz de Santos.

Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 365-278.

Schottenfeld, R., Carroll, K., y Rounsaville, B. (1993). Comorbid psychiatric disorders and cocaine abuse. *NIDA research monograph*, 135, 31-31.

Zuckerman, M., Eysenck, S. y Eysenck, H. J., (1978). Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.

Nº7 Revista Oficial de la
Sección de Psicología y Salud
del COPG

Colexio Oficial de Psicología de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es