

# NORTE

## DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Volumen X nº 42 Febrero 2012



“Una portada para Norte”. NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa de la Universidad del País Vasco. El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola mas concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura “Diseño Gráfico Publicitario” del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles portadas de Norte.

**Autor de portada: Gorka Benito Ursua • kok\_gorka@hotmail.com**

Cuando se me planteo hacer este trabajo quería hacer algo que disfrutase haciendo y que sirviera para esto. Así que me puse a pensar qué podía hacer. Estando en la calle llegó mi solución. Vi a una chica fumar y el humo de su cigarro me inspiró. Llevaba un tiempo queriendo fotografiar humo. El humo es un material tan indomable y místico que a cualquier aficionado a la fotografía le encanta poder trabajar con él. Llegué a casa y me puse manos a la obra. Cogí un par de barritas de incienso y las coloqué sobre un fondo negro. Dispuesto todo, comencé a disparar con mi réflex. Hora y media después tenía la tarjeta SD llena de fotografías. Ya todo era trabajo de “photoshop”. Y retoqué colores y texturas hasta conseguir el efecto que quería conseguir.

¿Por qué he elegido esta fotografía? El humo y su textura para mí a la mente en sí; y los colores que he usado, representan los distintos estados en que se encuentra la mente: alegría, tristeza, odio, amor, satisfacción...

**Volumen X**



Nº 42

**Volumen IX**



Nº 39



Nº 40



Nº 41

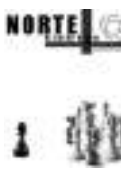
**Volumen VIII**



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

**Volumen VII**



Nº 27



Nº 28



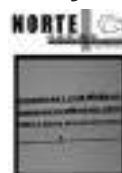
Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

**Volumen VI**



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

**Volumen V**



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

**Volumen IV**



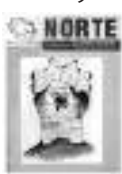
Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Bravo, Mari Fe  
Del Rio, Francisco  
Estévez, Juan  
Lozano, Mari Fe  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Martínez de Benito, Roberto  
Sánchez, Ana  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Tarí, Antonio  
Vallina, Óscar  
Sureda, Catalina

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Escudero, Consuelo	Irurzun, Juan Carlos	Pérez-S, Pau
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Polo, Cándido
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Laespada, Teresa	Pradana, M <sup>a</sup> Luz
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Fernández Liria, Alberto	Lamas, Santiago	Redero, J. M <sup>a</sup>
Angosto, Tiburcio	Ferrera, Beatriz	Lasa, Alberto	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Víctor	Filgueira, José	Lázaro, José	Retolaza, Ander
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Levav, Isaac	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	Gay, Eudoxia	Marín, Mónica	Rotelli, Franco
Ayuso, José Luis	Gracia, Fernando	Marqués, M. José	Sagasti, Nekane
Ballesteros, Javier	Gil, Eugenia	Marquínez, Fernando	Santander, Fernando
Blas Fernández, Luis V.	Gómez, Chus	Martínez, Ana	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Sepúlveda, Rafael
Caldas d'Almeida, José	González Brito, Natalia	Meana, Javier	Serrano, Javier
Català, Laura	González-Pinto, Rodrigo	Medrano, Juan	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Chicharro, Francisco	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
Colina, Fernando	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Thornicroft, Graham
Collazos, Francisco	Gracia, Fernando	Molina, Germán	Tizón, Jorge Luis
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Guimón, José	Morchón, J.	Torrens, Marta
De la Gandara, Jesús	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Uriarte, José Juan
De la Rica, José Antonio	Hernández, Mariano	Munarriz, Mikel	Villasante, Olga
De la Viña, Pilar	Hernández Padilla, María	Olabarría, Begoña	Ylla, Luis
Desviat, Manuel	Hernanz, Margarita A.	Palacios, Antonio J.	Zuazo, José Ignacio
Escalante, Carlos A.	Huertas, Rafael	Pérez, Fermín	

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

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

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

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

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- DOAJ
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- psiquiatria.com
- Psiquiatria Sur
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental  
Vol X nº 42, Febrero 2012

[www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm)

Realización y Administración:

Ekimen-2000 • Apdo. Correos nº 12 • 48950 Erandio. Bizkaia

[norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

Autora de la portada: Lorena Carretero

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

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

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

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



© Copyright 2008 NORTE de salud mental

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

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

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



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

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

# Sumario

NORTE de salud mental nº 42. Febrero 2012

<b>Editorial</b>	5
• Psicopatología y género: crónica del resentimiento. <i>Margarita Sáenz.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	9
• Voluntades psiquiátricas: Una herramienta terapéutica. <i>Maite Gorrotxategi, Javier Romero.</i>	11
• Plan transfronterizo: Intervención frente al consumo de alcohol y otras drogas en los contextos festivos a ambos lados del Bidasoa. <i>Patricia Insúa, Marimar Lledó.</i>	18
• Consideraciones en torno a la muerte voluntaria. <i>Petra León Pérez, Elena Navarrete Betancort, Marta Winter Navarro.</i>	30
• El sujeto a la intemperie. La cuestión del desamparo en Freud y en Lorca. <i>M. Carmen Rodríguez Rendo.</i>	37
• Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). <i>Sol Mayte Álvarez Torres.</i>	48
<b>Formación Continuada</b>	57
• Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. <i>Iván Castillo, Hilda I. Ledo González, Yasiel del Pino.</i>	59
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XIII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	67
<b>Historia</b>	73
• Psiquiatría y cine en España durante la transición (1975-1982). <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marset, Joaquín Cánovas.</i>	75
• Fernando Sasiain Brau: de alcalde republicano de Donostia al exilio, expolio y encierro psiquiátrico. <i>Xabier Urmeneta, Iñaki Markez.</i>	79
• “La cuestión de los manicomios vizcaínos” en la prensa de la época (1930). <i>Oscar Martínez Azumendi.</i>	87
<b>Humanidades</b>	97
• Gota a Gota. <i>Raúl Velasco.</i>	99
• Agar y Lena. Sobre el agnosticismo. <i>Maia Losch Blank.</i>	102
• Desde Galicia: Cierres y traslados.	104
<b>Cartas</b>	107
• La nueva vestimenta de los Hospitales psiquiátricos penitenciarios. (a propósito de una ley muy “peligrosa”). <i>VV.AA.</i>	109
<b>Agenda</b>	113

# Summary

NORTE de salud mental 42. February 2012

<b>Editorial</b>	5
• Psychopatology and gender: chronic resentment. <i>Margarita Sáenz.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	9
• Psychiatric Will: A Therapeutic tool. <i>Maite Gorrotxategi, Javier Romero.</i>	11
• Trans-frontier Plan: Intervention against alcohol and other drugs in the context holidays on both sides of Bidasoa. <i>Patricia Insúa, Marimar Lledó.</i>	18
• Considerations regarding voluntary death. Petra León Pérez, Elena Navarrete Betancort, <i>Marta Winter Navarro.</i>	30
• The subject in the open. The topic of helplessness in Freud and Lorca. <i>M. Carmen Rodríguez Rendo.</i>	37
• The Werther Effect: Proposing an intervention at the School of Communication and Social Sciences of the Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). <i>Sol Mayte Álvarez Torres.</i>	48
<b>Continuing Education</b>	57
• Narrative methods: a psychotherapeutic vision. <i>Iván Castillo, Hilda I. Ledo González, Yasiel del Pino.</i>	59
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XIII). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	67
<b>History</b>	73
• The cinema and the psychiatry: the development of Spanish cinematography during the period (1975-1982). <i>María Herrera, Carmen Llor, Pedro Marset, Joaquín Cánovas.</i>	75
• Fernando Sasiain Brau: Republican Mayor of San Sebastian. A story of exile, spoliation and psychiatric confinement. <i>Xabier Urmeneta, Iñaki Markez.</i>	79
• “The Biscay’s asylums question” in the press of the time (1930). <i>Oscar Martínez Azumendi.</i>	87
<b>Humanities</b>	97
• Gota a Gota. <i>Raul Velasco.</i>	99
• Agar y Lena. Sobre el agnosticismo. <i>Maia Losch Blank.</i>	102
• From Galicia: Closures and Transfers.	104
<b>Letters</b>	107
• I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari (a proposito di una legge molto “pericolosa”). <i>VV.AA.</i>	109
<b>Calendar</b>	113

## Psicopatología y género: crónica del resentimiento

La perspectiva de género debiera ser incorporada en el discurso psicopatológico porque determina el modo en que un problema se percibe, jerarquiza y va a condicionar el abordaje posterior. Habría que repensar la Psicopatología incluyendo el constructo de género, considerar las maneras de enfermar y de manifestar el malestar psíquico en función de la identidad y subjetividad, pues tal y como esta se construye en relación al género hará diferente la expresión sintomática. Al igual que existe una diferencia en la patoplastia de distintas enfermedades y síntomas entre etnias, razas y diversas culturas como no incluir el constructo de género en la psicopatología actual que va a servir luego para que media humanidad mida con el mismo lenguaje las maneras de enfermar de la otra media.

Si el cuerpo es la manifestación exterior de la mente, y la conciencia no está solo en la cabeza, si no se puede separar el cerebro del cuerpo, cómo no ver lo que está delante nuestro ya que el cuerpo constituye un elemento nuclear en la construcción de la subjetividad y la identidad femenina y que por tanto tendrá una mayor representación en las maneras de enfermar o de expresar un malestar que muchas veces está más relacionada con la cultura en la que estamos inmersas. Esta representación corporal es distinta en mujeres y en hombres pero no la vara de medir, el constructo psicopatológico sigue siendo el mismo que hace más de cien años, medido por la norma, es decir el modo masculino.

El marco social puede ser un límite, una frontera que marca lo que es admisible desde el punto de vista social y lo que no lo es. Los deseos que no se cumplen y las maneras de manifestarlo, las llamadas pasiones tristes de Spinoza encuentran vías indirectas de expresión y son catalogadas de síntomas. Esto es mucho más frecuente en las mujeres que llenan las salas de espera de consultas de psiquiatras y psicoterapeutas.

Cuando una mujer expresa determinadas actitudes, sentimientos, creencias tendemos a etiquetar,

o juzgar si es lo correcto o no. En pocas ocasiones se nos permite dentro del lenguaje psicopatológico al uso comprender que hay detrás de cada síntoma. Quizá porque comprender supone un riesgo. El riesgo de comprender, y porque de esa manera podríamos modificar lo dado por establecido, pero bajo ninguna circunstancia debemos renunciar al saber.

La patologización del cuerpo femenino es una realidad en la Historia de la Psiquiatría. Recordemos que la palabra *histeria* viene del griego, útero *-hyster-*, y Platón ya lo reflejó en sus aportaciones en cual era el origen de la enfermedad mental: el útero es un animal vivo que si no engendra hijos migra por el cuerpo produciendo síntomas.

Las mujeres somos más propensas a la ira en el imaginario de griegos y romanos, reflejado en la Historia de Medea que mata a sus hijos tras haber sido humillada, consciente de su acto nefasto y culpabilizada por ello. Las mujeres tenemos un cuerpo más delicado, más sensible confirmado en el Concilio de Elvira en 300-313 donde declaran como dogma que la mujer es más irascible que el hombre. Hay un rechazo de lo femenino en mujeres y hombres a lo largo de la Historia. Una creencia de que el cuerpo femenino es anormal. Al mismo tiempo las mujeres estamos destinadas a ocuparnos de los demás, a ocuparnos de la familia que constituye en mayor o menor medida nuestra identidad. Si traicionamos nuestra naturaleza aparece la enfermedad.

Si las mujeres somos catalogadas como más débiles, o vulnerables a la enfermedad, tomando como creencia social la supuesta "normalidad" de los varones quedarán innombradas e invisibilizadas y ahí está la raíz del problema.

A pesar de muchas de las conquistas logradas con el feminismo la paridad entre sexos es sólo formal. Hay un descontento que aparece tanto más cuando se trata de buscar una autonomía propia.

Un problema de inequidad social se traduce en responsabilidad individual del malestar psíquico que padecen muchas mujeres y que adoptan diversas maneras de enfermar. Sólo así alcanzamos a comprender que trastornos como la anorexia y bulimia, enfermedades de la cultura occidental y que no se encuentran en otros lugares del planeta sigan teniendo la misma prevalencia de género que hace dos siglos.

Se trata entonces de deconstruir la psicopatología vigente desde el siglo XIX y reconstruir la misma en la que se incluya el constructo de género en la definición de los síntomas pues éstos se van a constituir de distinta manera. Se trata reconocer la complejidad y no de simplificar el lenguaje psicopatológico que ha tratado en vano de encontrar una ley general como ocurre en el pensamiento científico.

El género está presente desde el inicio del desarrollo, en la identidad construida en las relaciones intersubjetivas, nos organizamos en la relación con los otros, por eso resulta imprescindible para la organización de la vida psíquica y, por tanto, también en la manera de enfermar.

En diversos ámbitos del conocimiento, económicos, sociales, políticos, históricos ha quedado fundamentado la desigualdad entre ambos géneros, cómo no reflexionar al menos que esto también se reproduce en el interior mismo del conocimiento científico y también en el psicoanálisis. Hasta hace pocas décadas las mujeres eran excluidas de las muestras clínicas en estudios de investigación de manera que los resultados de varones se aplicaban indistintamente a ellas. Si existen distintas maneras de enfermar, de la presentación de síntomas, diferente curso y pronóstico y diferentes factores de riesgo y hay diferencias en la farmacocinética de los fármacos empleados como no volver la vista atrás y a lo que se valora como síntoma desde el lenguaje psicopatológico.

Las mujeres somos más vulnerables a las pasiones tristes de las que habla Spinoza, y hay una crónica del resentimiento que debiera tenerse en cuenta en el discurso psicopatológico. El resentimiento se hace equivalente a locura y así no hay espacio para el resentimiento que es el resarcimiento moral para la injusticia contra las mujeres.

En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua aparece *Resentimiento* como: Sentir dolor en alguna parte del cuerpo por alguna dolencia pasada. Viene del pasado e incide en el presente. Alguien a quien se ha infligido un daño y tiene el deber moral de responder.

El funcionamiento de nuestra sociedad es perjudicial tanto para los hombres como para las mujeres y todos participamos de este sistema. Nos condiciona a considerar el cuerpo como un adversario. Y el cuerpo no es mentiroso, así que nos envía mensajes que no queremos escuchar.

La mayoría de las mujeres estamos entrenadas para buscar las respuestas fuera de nosotras, porque vivimos en una sociedad en la cual los expertos desafían y subordinan nuestro juicio, una sociedad en la cual la ciencia es omnipotente, y en la cual no se respeta, no se alienta y no se reconoce nuestra capacidad para sanar sin una ayuda constante.

Existe miedo a las reacciones emocionales y una hipervaloración del control, del dominio de las emociones, porque en mayor o menor medida estamos desconectados de ellas. Se requiere mucha energía para seguir desconectadas de ese sufrimiento psíquico que aparece en forma de síntomas. Las emociones no expresadas tienden a quedarse en el cuerpo como el período de incubación de una enfermedad infecciosa o como la Teoría de la Relatividad de Einstein: el tiempo que tarda una señal de luz en llegar a un observador a distancia. Igual ocurre con las señales almacenadas en el cuerpo.

En la práctica clínica habitual cada caso desmiente más que confirma lo aprendido: diversos problemas como cansancio crónico, ansiedad, fibromialgia, opresión epigástrica, cuadros somatomorfos, episodios disociativos, síntomas conversivos, depresión, anorexia, y ahora trastorno límite de personalidad, todo en relación con el manejo de nuestro cuerpo, que se convierte en nuestro peor enemigo y la identidad femenina como un fenómeno en construcción que camina en la cuerda floja de desear, tener que, deber ser y ser. Caminos o rutas imposibles, caminos que se cruzan y que hacen que todas y cada una de nosotras paguemos un precio sea este el que fuere.

Margarita Sáenz Herrero

# Voluntades psiquiátricas: Una herramienta terapéutica

## *Psychiatric Will: A Therapeutic tool*

Maite Gorrotxategi Larrea. Psicóloga. Málaga.

Javier Romero Cuesta. Psiquiatra. Málaga.

**Resumen:** Mediante las voluntades anticipadas (VVAA) los ciudadanos podemos tomar decisiones que garanticen el tipo de cuidados que deseamos tener en caso de enfermedad que nos incapacite para decidir. Además de una herramienta legal que permite el desarrollo de la libertad del individuo, la elaboración de unas voluntades psiquiátricas anticipadas, dentro de una relación clínica, puede ser una herramienta terapéutica y eje de una ética del cuidar.

**Palabras claves:** Voluntades psiquiátricas, Voluntades Anticipadas, Instrucciones psiquiátricas. Bioética. Ética del cuidar.

**Abstract:** Using the Advance Directives citizens can make decisions that ensure the kind of care we want to have in case of illness incapacitates us to decide. In addition to a legal tool that allows the development of individual freedom, the development of a psychiatric wills, in a clinical setting, can be a therapeutic tool and central axis of an care ethic.

**Key Words:** Psychiatric Wills, Advances Directives.

Humanizar significa potenciar a los seres que son valiosos en sí mismos. Mientras que deshumanizar significa instrumentalizar a esos mismos seres.

A. Cortina

Mediante las voluntades anticipadas (VVAA) los ciudadanos podemos tomar decisiones que garanticen el tipo de cuidados que deseamos tener en caso de enfermedad que nos incapacite para decidir. Además de una herramienta legal que permite el desarrollo de la libertad del individuo, la elaboración de unas voluntades psiquiátricas anticipadas, dentro de una relación clínica, puede ser una herramienta terapéutica y eje de una ética del cuidar.

### **Voluntades psiquiátricas desde una perspectiva legal**

Cuando acontece una situación de incapacidad la toma de decisiones suele recaer en los familiares conjuntamente con el médico, quedando el juez siempre como garante (en caso de ingreso involuntario). En ese momento pocas posibilidades tendrá el paciente para participar. Sin embargo, mediante la declaración de unas voluntades anticipadas

(VVAA), la persona puede adelantarse al escenario de una posible situación de incapacidad y formular de qué manera desearía ser tratado. No es necesario, aunque recomendable, que la VVAA vaya acompañada de un poder de representación, un “sustituto” que tomará las decisiones pactadas si se produce la situación de incapacidad, siguiendo el criterio del paciente cuando era competente, el llamado criterio subjetivo.

Aunque el mayor desarrollo de las VVAA se ha realizado alrededor de situaciones de pérdida de consciencia o de deterioro cognitivo en el final de la vida, en psiquiatría nos encontramos con frecuencia situaciones clínicas, en general descompensaciones psicóticas, que incapacitan para poder decidir sobre el tratamiento de su padecimiento de manera que éste a menudo tiene que ser realizado de manera involuntaria.

La primera persona que planteó la posibilidad de unas VVAA en psiquiatría fue T. Zsazs llamándolas voluntades psiquiátricas (1). Este autor parte de la premisa de que algunas patologías conllevan fases de incapacidad transitorias que tras el tratamiento oportuno se siguen de periodos de recuperación total. Al ser así se pueden tomar decisiones en este momento de capacidad que evitarán la necesidad de cuidados involuntarios. Esta propuesta ha ido creciendo poco a poco y a día de hoy prácticamente todos los estados de EEUU defienden la posibilidad de realizar las llamadas allí: “psychiatric advances directives” (2).

Hay diferentes denominaciones al hablar de VVAA. Podemos encontrarlas bajo el término de “Contrato Ulises” rememorando la aventura de Ulises que para escuchar el canto de las sirenas y no verse arrastrado por él le pide a su tripulación que se pongan tapones de cera en los oídos y que le aten con fuerza al mástil de la nave. (3) En nuestro país la ley general de sanidad las denomina instrucciones previas y en Andalucía en concreto “voluntades anticipadas”. Nosotros vamos a utilizar en este trabajo el término original de “voluntades psiquiátricas” (VVPP).

Que la raíz de las VVPP radique en los Estados Unidos no nos debe de extrañar pues es allí donde ha prendido con mayor fervor la filosofía liberal. Desde esta perspectiva liberal el individuo es soberano y la única justificación para atentar

contra la independencia del individuo será la de proteger el daño ajeno.

*«Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano» (4).*

Los aspectos éticos del derecho al rechazo de un tratamiento son controvertidos en psiquiatría, planteándonos dilemas clínicos, éticos y legales. En estas situaciones suelen entrar en contradicción elementos como el respeto a los valores de cada individuo y su libertad para decidir sobre su persona, y el paternalismo de clínicos y familiares, a lo que se le suman las limitaciones clínicas en torno a la valoración de la capacidad, los diagnósticos psiquiátricos y la efectividad de los psicofármacos.

Elementos todos que se aglutinan alrededor de la pregunta clave ¿En qué momento se puede justificar una intervención terapéutica por encima de los deseos de una persona, en base a su mejor interés? Puede ser clarificador poner como ejemplo una situación clínica en el ámbito norteamericano (5).

*La Sra S. estaba diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Había sido hospitalizada en varias ocasiones con buena respuesta a los antipsicóticos. Tras el alta de un nuevo ingreso por un intento de suicidio abandona el tratamiento. Tras recaer vuelve a ingresar de nuevo voluntariamente. En la hospitalización rechaza la alimentación, las visitas y deja de afeitarse. A causa de sus ideas delirantes rechaza la medicación y entra en un estado casi catatónico. Se respeta el rechazo a la medicación pues aunque el deterioro progresa se valora que no constituye una urgencia médica. Se intenta psicoterapia sin éxito. Su estado*

*empeoró apareciendo signos de desnutrición y caída de la presión arterial hasta niveles peligrosos. Ante el riesgo vital se procede, ahora sí, a un tratamiento involuntario. Al poco de comenzar éste mejora la situación clínica pasando a tratamiento voluntario posteriormente.*

Aunque en nuestro entorno es impensable hoy en día un abordaje similar al expuesto, puede sernos útil analizarlo con nuestras herramientas clínicas y legales para reflexionar sobre varias cuestiones importantes en el derecho al rechazo al tratamiento y las VVPP. En nuestra legislación, la Ley 41/2002 (6) recoge en su artículo 9 las excepciones a la obligación de los sanitarios de obtener el consentimiento informado del paciente, previamente a cualquier actuación sanitaria. Entre las excepciones que recoge esta ley, en psiquiatría suelen ser frecuente acogerse a los supuestos de urgencia y el de incapacidad del paciente.

Respecto a las situaciones de urgencia, como excepción al deber del consentimiento informado, el texto legal nos dice:

“Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”.

El concepto de urgencia por riesgo inmediato y grave no se explicita más y en el caso que acabamos de exponer observamos una interpretación extrema del riesgo vital; solo se intervino en contra de la voluntad de la paciente cuando su vida empezó a correr peligro, mientras tanto se buscaban medidas alternativas o de sostén, respetando su decisión. Esta es una situación extrema, pero, ¿Hay que esperar, sabiendo con antelación el curso que va a seguir la clínica hasta ese extremo? O conociendo la evolución de otras recaídas y su respuesta al tratamiento ¿deberíamos optar por intervenir en búsqueda de una rápida recuperación? Como suele ser habitual en la toma de decisiones clínicas de fuerte carga moral, nos movemos entre dos opciones extremas. Estos dos extremos dibujan el marco de lo que se llama la “ventana de los derechos” (5). Si intervenimos antes de tiempo caeremos en el paternalismo y atropellaremos

derechos básicos de la persona y si intervenimos fuera de tiempo seremos negligentes. Similar aplicación de este criterio de riesgo vital lo hemos podido observar en nuestro país frente a personas declaradas en huelga de hambre, donde se considera que la persona que ha tomado esta decisión se encuentra capacitada y no se interviene, respetando la decisión del ayuno hasta que se valora un riesgo vital (7).

La particularidad principal en el ámbito psiquiátrico va a venir precisamente del concepto de capacidad. Capacidad que no se valora en el caso de la Sra. S pero que suele ser el centro de gravedad de una gran parte de los problemas éticos que nos encontramos en psiquiatría. Si la excepción de urgencia es compleja, sin duda lo es más la excepción debida a la incapacidad del paciente a la hora de actuar sin su consentimiento. Vayamos de nuevo a la misma ley 41 /2002 y veamos lo que nos dice a la hora de otorgar el consentimiento por representación:

“Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”.

La razón de ser de una VVPP es el reconocimiento de la posibilidad de una situación incapacitante y un adelantarse a ésta para decidir. Por lo tanto es lógico que uno de los requisitos básicos necesarios a la hora de elaborar una VVPP sea que la persona esté capacitada en ese momento. En el caso clínico que estamos utilizando no podemos hablar claramente de VVPP, pues no hay un deseo explícito previo a la crisis de cómo deseaba ser tratada la Sra. S, pero sí debemos plantear la valoración de su capacidad en el momento en que decide rechazar el tratamiento farmacológico. No parece difícil que se pudiera considerar a la Sra. S, a pesar de haber ingresado voluntariamente, como incapacitada en el momento de la decisión pues estaba en plena descompensación psicótica con sintomatología delirante, catatónica y de negligencia personal.

Aunque el rechazo al tratamiento representa la escena temida de los profesionales ante una

VVPP, no es el único fin que puede tener ésta, sino la de poder expresar y elegir ante diferentes opciones de tratamiento y de cuidados. En nuestro país la VVPP no tienen una legislación específica, y realmente tampoco la necesitan ya que les sería aplicable el derecho a las instrucciones previas que concede la Ley 41/2002, en su artículo 11:

“Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud...”.

Así como los distintos decretos autonómicos que desarrollan y operativizan este derecho. (8) (9). Si bien es verdad que el desarrollo de las voluntades anticipadas en nuestro país se está realizando alrededor de las situaciones clínicas alrededor del final de la vida o por motivos de creencias como es el caso de los Testigos de Jehová. ¿Por qué no debemos considerar una voluntad anticipada de una persona, capaz en ese momento, que puede sufrir un trastorno bipolar u otro trastorno psicótico?

Es evidente que cualquier enfermedad que provoque una situación de incapacidad, permanente o transitoria, es susceptible de ampararse en este marco legal y aquí debemos incluir las enfermedades mentales. Será cuestión de tiempo que poco a poco tengamos que incorporar a nuestro trabajo cotidiano esta herramienta legal del mismo modo que ya lo hacen los especialistas en urgencias, los intensivistas o en medicina paliativa.

Como decíamos antes unas VVPP pueden servir para rechazar un tratamiento pero la experiencia acumulada dice que no suele ser la razón principal a la hora de elaborarla, (10) sino que suelen ser la manifestación de preferencias por un tratamiento sobre otro, de un hospital o profesional en concreto, la aceptación o rechazo de la terapia electroconvulsiva o la designación de un representante. Además, también pueden incluir cuestiones de menor intensidad clínica pero trascendente en la vida de una persona como qué visitas quisiera o no recibir, a quien avisar si ocurre la descompensación o simples instrucciones domésticas que

son trascendentales en una situación de crisis y que se obvian habitualmente (11).

Más que en ningún otro campo clínico, es fundamental la valoración de la capacidad en el momento de registrar las VVPP. En general esta evaluación la hacemos en el día a día de la consulta y no es necesario aplicar ningún cuestionario para ello, pero algunas preguntas-tipo pueden servir de ayuda en el contexto de unas VVPP (12):

- ¿Puede hacerme el resumen de la situación?
- ¿Qué tratamiento desearía recibir si estuviese en esa situación?
- ¿Puede describirme otra posible opción para usted?
- ¿Cuáles son las razones para esta opción?
- ¿Cuáles son los problemas asociados a su opción?
- ¿Qué significaría esta decisión para su familia?
- ¿Qué efecto a corto plazo tendría su elección?
- ¿Y a largo plazo?
- ¿Puede repetir el tratamiento que desea?

También es esencial tener en cuenta que la capacidad va a ser variable (13). Por ejemplo en un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia y diabetes tipo I, no es igual realizar unas VVPP planteando el rechazo a un tratamiento relativamente poco eficaz como pueden ser los psicofármacos que el rechazo a un tratamiento tremendamente eficaz como podría ser la insulina. Difícilmente este último rechazo podrá pasar por el filtro de la capacidad mientras que el de los antipsicóticos podría serlo.

El matiz diferenciador más característico de una VVPP frente a una voluntad anticipada en el contexto del final de la vida radica en que el nivel de conciencia se mantiene aunque la persona no esté capacitada en ese momento. Lo que conlleva la circunstancia paradójica de que el paciente pueda negarse a que se cumplan sus propias preferencias, realizadas de forma anticipada. Para contrarrestar este hecho, además de volver a valorar la capacidad del paciente, las normas prevén el plazo de un mes para que entren en vigor las anulaciones y rectificaciones de las VVPP (11).

## Las voluntades psiquiátricas como herramienta terapéutica

Más allá de un derecho que tenemos los ciudadanos a ser tratados según nuestros deseos, las VVPP pueden ser un elemento favorecedor del proceso terapéutico. Hasta ahora los profesionales ante una situación clínica incapacitante y el rechazo del paciente a un tratamiento beneficente, lo solemos afrontar de una manera paternalista, basándonos en esa pérdida transitoria de la capacidad con la esperanza de que al recuperar la capacidad estará de acuerdo con el procedimiento involuntario. Sin embargo la elaboración de unas VVPP permite el desempeño de esa autonomía y la asunción de responsabilidades por el paciente en su propio cuidado. Un caso clínico podrá aclarar mejor este proceso:

Manuel es un paciente de 45 años de edad que sigue tratamiento ambulatorio desde hace más de 15 años por episodios psicóticos diagnosticados de Trastorno esquizoafectivo. Ha tenido múltiples ingresos, en ocasiones favorecidos por un consumo excesivo de alcohol. En general la clínica que predomina en las descompensaciones son de ideación megalomaniaca, ánimo expansivo paralelamente a miedo generado por trastornos del pensamiento de contenido persecutorio, trastornos del sueño e irritabilidad que dificultan el acercamiento de los familiares en esos momentos. La clínica va acompañada de una falta de conciencia de enfermedad que le lleva al abandono del tratamiento. Cuando la situación empeora aparecen conductas desorganizadas y fugas de su domicilio, que suelen terminar con el ingreso involuntario en la unidad de hospitalización.

Tras el último ingreso, el décimo en su evolución clínica, se le planteó en la consulta trabajar con una metodología de voluntades psiquiátricas, de manera que pudiéramos evitar dentro de lo posible una futura crisis o al menos la intensidad de ésta. Se identificaron conjuntamente los síntomas prodrómicos que en este caso eran el cambio en el patrón del sueño, el mayor consumo de alcohol, y alteraciones anímicas como la irritabilidad. Eligió un familiar al que llamamos a consulta conjuntamente con Manuel y se le hizo partícipe del proyecto al mismo tiempo que responsable de tomar estas decisiones en caso de una futura crisis. Las instrucciones psiquiátricas

se escribieron para dejar constancia en la historia clínica. Al mismo tiempo que se discutió sobre la modificación del tratamiento que habría que hacerse en ese momento de cara a poder dormir mejor por las noches y aliviar la sintomatología psicótica. Manuel no quiere que utilicemos inyectables, pero en caso de que ocurriera una agitación psicomotriz preferiría la contención farmacológica a la restricción física. En caso de tener que ingresar sería este familiar quien se coordinaría con el equipo para los trámites necesarios. Al mismo tiempo, también decidió sobre otras cuestiones que le preocupaban como el cuidado de su mascota, las llaves de su vehículo y su material de trabajo que serían atendidos por el familiar elegido como representante mientras durara la hospitalización.

Es importante señalar que no fue inmediatamente al alta del último ingreso cuando se pudo plantear la elaboración de las VVPP. Cómo veíamos antes, el momento de plantear estas decisiones es trascendental. En general no se puede plantear la realización de unas VVPP al alta de un ingreso involuntario a pesar de que la sintomatología haya remitido. Cualquier tratamiento involuntario es traumático y el dolor reciente bloquea la sola posibilidad de anticipar de nuevo la misma situación. Hay que esperar que la rabia poco a poco se calme, que cicatrice la vivencia traumática que todo ingreso involuntario conlleva y elegir un momento más adecuado (14) (15).

Para poder trabajar dentro de una relación terapéutica unas voluntades psiquiátricas, también tenemos que partir de una mínima conciencia de enfermedad. Por ello a veces es necesario esperar a que la crisis vaya poco a poco remitiendo para iniciar el trabajo. Paralelamente se trabaja como suele ser habitual en estos casos la adherencia al tratamiento de cara a una reducción de las recaídas. Sin embargo el trabajo con las voluntades psiquiátricas quiere ir un poco más allá. Este más allá está en relación con la conciencia de vulnerabilidad y las consecuencias que ello tiene a la hora de cuidarse y dejarse cuidar (16). En muchas situaciones nos encontramos con pacientes con buena conciencia de enfermedad, una buena adherencia a los distintos tratamientos pero que sin embargo no tienen conciencia de vulnerabilidad o de fragilidad, lo que imposibilita el planteamiento de unas VVPP. Esto no es

tan extraño si tenemos en cuenta el componente narcisista inherente a toda estructura psicótica. Un ejemplo:

Yolanda es una paciente de 37 años de edad que ha tenido varios ingresos involuntarios. En la actualidad se encuentra bien, hace crítica de sus episodios pasados (“mis paranoias”) y acude regularmente a las consultas psiquiátricas y de enfermería. En esta paciente, a pesar de existir elementos clave para la elaboración de una VVPP (consumo de tóxicos como factor de riesgo, síntomas prodrómicos fácilmente identificables, y un familiar cercano y dispuesto a colaborar), no es posible llevarlas a cabo dado que la paciente no tiene conciencia de vulnerabilidad. No cree que esto le vuelva a ocurrir, no quiere hablar del pasado de cara a intentar prevenir un nuevo episodio y ni mucho menos quiere que su madre participe en un trabajo conjunto de prevención.

Entre las ventajas que pueden aportar las VVPP, quizás la más valiosa sea la de otorgar al paciente una mayor responsabilidad en la decisiones sobre los cuidados que vaya a recibir. Este ejercicio de autonomía y responsabilidad permite hablar en un marco clínico de lo ocurrido en la crisis anterior y de los factores precipitantes o protectores, de manera que podamos anticipar un escenario más preventivo al poder hacer un temprano reconocimiento de la crisis. Además de mejorar la comunicación médico-paciente puede también disminuir la frecuencia de las medidas involuntarias y coercitivas, al mismo tiempo que disminuyen la angustia tanto de los familiares como de los profesionales al tener una especie de hoja de ruta o un plan de crisis elaborado (17).

Siguiendo con el caso de Manuel, desgraciadamente volvió a recaer en el consumo de alcohol y poco después reaparecieron los síntomas típicos de sus crisis. El familiar se puso en contacto con nosotros y se le dio una cita urgente a la que el paciente acudió a regañadientes. A pesar de estar escrito en su historia y firmado por él, no dio validez en ese momento a las VVPP, y tras valorar su capacidad para decidir sobre sus cuidados en ese momento, y de acuerdo con el familiar representante se procedió de nuevo a un ingreso involuntario. Esta situación, nada rara por otro lado en nuestro quehacer, no la podemos interpretar como un fracaso del trabajo

terapéutico que pueden conllevar las VVPP. Es verdad que no se consiguió ni evitar el sufrimiento de Manuel en la recaída ni el ingreso hospitalario. Sin embargo, el tiempo de hospitalización sí que fue en esta ocasión de menor duración y al alta hubo menos reproches y menos vivencia de atropello hacia los familiares y nosotros por proceder como se había acordado en las VVPP previas. Además, tanto al familiar elegido como representante como al equipo asistencial, nos permitió tomar decisiones con un menor nivel de angustia, inevitable por otra parte ante una intervención contra la voluntad de una persona con la que además nos unen vínculos afectivos creados a través de los años.

La realización de la VVPP dentro de un marco clínico aboga por un modelo de relación que evite los dos extremos: el extremo del paternalismo que anula la autonomía del paciente en la que decidimos los profesionales “por su bien” como el extremo autonomista donde el profesional se limita exclusivamente a dar la información pertinente. Una relación que no se limite a respetar exclusivamente la autonomía del paciente ni se limite a ser beneficiante y no maleficiente, sin una relación que a través del diálogo, y desde una de una mayor horizontalidad en la relación, contemple e integre los cuatro principios; la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (18).

A modo de conclusión:

- Las descompensaciones son inevitables en la patología psiquiátrica. Por tanto ayudar a afrontarlas es uno de los objetivos esenciales de la relación clínica.
- Las VVPP permiten el diálogo sobre las situaciones de incapacidad, la deliberación moral y la toma de decisiones conjunta.
- Dentro de un contexto terapéutico de confianza mutua las VVPP se convierten en un potenciador del proceso terapéutico.

## Bibliografía

- (1) Szasz T: Psychiatric Will. *Psychologist* 1982 jul 763-783.
- (2) Nacional Resource Center on Psychiatry Advance Directives: actualizado Julio 2011, en: [www.nrc-pad.org](http://www.nrc-pad.org)

- (3) Davidson H, Birmingham CL: Directives in anorexia nervosa: use of the Ulysses Agreement. *Eat Weight Disord.* 2003, Sep; 8(3):249-52.
- (4) Stuart Mill J: *Sobre la libertad*. Madrid: Orbis, 1985; 32.
- (5) Gail C.: Ethical aspects of the right to refuse medication: a clinic legal dilemma for the psychiatrist and patient. *Psychiatric quarterly*, 53 (2) Summer, 1981.
- (6) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274. 15 noviembre 2002.
- (7) Marraco, Mqazw.: El etarra De Juana Chaos, trasladado a un hospital de Madrid, *El Mundo*. 2006. 6 de Octubre.
- (8) Seoane JA: Derecho y planificación anticipada de la atención: Panorama jurídico de las instrucciones previas en España. *DS vol 14*, Núm. E, julio-diciembre 2006.
- (9) Simón P, Barrios I: *¿Quién decidirá por mí?* Madrid Triacastela 2004.
- (10) Srebnik S: The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services* <http://ps.psychiatryonline.org> May 2005 Vol. 56 No. 5.
- (11) Geller Bradley: "Directivas anticipadas para el cuidado de la salud mental" [www.michigan.gov/mdch](http://www.michigan.gov/mdch) 18/7/2011 última visita.
- (12) Fazel S, Hope T, Jacoby R.: Assessment of competence to complete advance directives: validation of a patient centered approach. *Br Med J* 1999; 318: 493-497.
- (13) Drane JF. *Las múltiples caras de la competencia*. En: Couceiro A, ed. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999: 163-176.
- (14) Guy Widdershoven: "Advance directives in psychiatric care: a narrative approach" *Journal of Medical Ethics* 2001; 27:92-97.
- (15) Gert, B., & Clouser, K. D.: Rationality in medicine: An explication. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1986, 11, 182-205. 1986.
- (16) Torralba, F.: *"Ética del cuidar"* Instituto Borja de Bioética. Ed Mapfre. 2002.
- (17) Singer P: Advance directives: Are they an advance? *CMAJ* 1992; 146:127-34.
- (18) Seoane JA: Derecho y salud mental: capacidades, derechos justicia. *Cuad. Psiquiatr, Comunitaria* (2006) vol 6 nº 1 pp: 21-38.

### Contacto

Javier Romero Cuesta. UGC Salud Mental Área Norte Málaga.  
C/ Poeta Muñoz Rojas, s/n • Antequera 29200 Málaga  
[javier.romero.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:javier.romero.sspa@juntadeandalucia.es)

- Recibido el 1-8-11.
- Aceptado: 6-02-12.

# Plan Transfronterizo: Intervención frente al consumo de alcohol y otras drogas en los contextos festivos a ambos lados del Bidasoa<sup>1</sup>

## *Trans-frontier Plan: Intervention against alcohol and other drugs in the context holidays on both sides of Bidasoa*

**Patricia Insúa Cerretani.** Dra. en Psicología. Profesora titular de la UPV/EHU. Facultad de Psicología

**Marimar Lledó Saíñz de Rozas.** Dra. en Sociología. Profesora adjunta de la UPV/EHU. Escuela Universitaria de Trabajo Social.

**Resumen:** Un estudio encargado por la Conferencia Atlántica Transpirenaica al Servicio de Psicología Aplicada de la UPV/EHU y realizado en los contextos festivos a ambos lados del Bidasoa, puso en evidencia la necesidad de poner en marcha un plan global transfronterizo con el objetivo general de reducir el consumo de alcohol y otras drogas en dicho contexto. Se propusieron distintas acciones que deberían implementarse en ese plan global, contando con los diferentes agentes sociales que están en relación con la juventud y con la juventud que consume drogas en la fiesta y el ocio.

Entre ellas, se propuso la creación de un grupo de profesionales que atienden a las drogodependencias a ambos lados de la frontera, con el objeto de analizar y plantear estrategias de intervención comunes, ante la existencia de una problemática que precisa del trabajo conjunto entre las Administraciones y los agentes implicados.

**Palabras clave:** Drogodependencias, ocio, frontera, profesionales, prevención, asistencia.

**Summary:** A study commissioned by the Transpyrenees Atlantic Conference to the Applied Psychology Services of the University of the Basque Country and carried out in the context of local festivities held on either side of the river Bidasoa, which forms the border between the two countries, brought to light the need to set up a global cross-border plan with a general aim to reducing the consumption of alcohol and other drugs in said context. A variety of actions to be implemented under this global plan were put forward with the aid of the different social actors involved with youth and with the youth consuming drugs during local festivities and in their leisure time.

Included among these measures was the formation of a group made up of experts dealing with drug addicts on both side of the border, with an aim to analysing and proposing common intervention strategies, in the face of a problem calling for the joint work of the Administrations and actors involved.

**Key words:** Drug addiction, parties, frontier, health professionals, prevention, treatment.

<sup>1</sup> Este artículo no hubiera sido posible sin el trabajo de todas las personas que han participado en el grupo de profesionales de la prevención y la asistencia en drogodependencias a ambos lados del Bidasoa. Las autoras expresan su agradecimiento a todos y cada uno de ellos.

## Introducción

El Plan transfronterizo *“Intervención frente al consumo de alcohol y otras drogas en los contextos festivos a ambos lados del Bidasoa”* surge de la necesidad de profundizar en la situación actual del consumo de drogas en los contextos festivos en el espacio transfronterizo del territorio Bidasoa-Txingudi, que se plantean los Ayuntamientos de Irún, Hendaya y Hondarribia en el marco de la Conferencia Atlántica Transpirenaica. La Conferencia, alertada de esta situación por los miembros de este organismo y por los actores sobre el terreno, especialmente los alcaldes del litoral, formula una demanda al Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), que implicaba diseñar, poner en marcha y evaluar distintas acciones que abordaran el consumo de alcohol y otras drogas en el espacio transfronterizo.

Desde el principio, se pensó en un acercamiento a la realidad y al trabajo transfronterizo desde la intervención comunitaria, ya que consideramos que la acción comunitaria era la mejor manera de aproximarnos a esta realidad, si queríamos conseguir algún tipo de respuesta para los problemas planteados<sup>1</sup>.

La intervención comunitaria nos ha permitido la movilización de recursos humanos e institucionales, a través de una participación activa y democrática con el objetivo de consensuar las acciones a implementar y hacer partícipes de las mismas a todos los agentes implicados en el tema.

## Análisis y conocimiento de la realidad: Diagnóstico

En toda situación social en la que se quiere intervenir, se hace necesario hacer una lectura de cómo están las cosas, qué dificultades pueden darse a la hora de la futura intervención, y qué oportunidades pueden encontrarse que faciliten el cambio pretendido<sup>2</sup>.

De cara a conocer la realidad sobre la que íbamos a trabajar, nos propusimos acercarnos a las personas destinatarias directas, cuyo comportamiento ante el consumo de alcohol y otras drogas iba a ser nuestro objeto de estudio. Así, se integraron en el estudio las opiniones, preocupaciones y ne-

cesidades de la población joven que frecuenta los espacios de ocio a ambos lados del Bidasoa, sus padres y madres, sus educadores, los profesionales de la Salud Mental y de la prevención de las drogodependencias de la zona, y los hosteleros/as con locales en el espacio transfronterizo.

Hemos pretendido evitar recetas y fórmulas impuestas, en muchas ocasiones alejadas de la realidad de los comportamientos de ocio y de consumo entre los jóvenes que frecuentan el contexto transfronterizo. Hemos apoyado la participación de la población implicada desde un plano de igualdad, para obtener respuestas que permitieran diseñar acciones planteadas desde dentro y no diseñadas desde fuera.

## Contexto

El diagnóstico surgió de los resultados del estudio cualitativo, realizado por las autoras desde el Servicio de Psicología Aplicada de la UPV/EHU durante el año 2009: *“Consumo de alcohol y otras drogas en contextos festivos a ambos lados del Bidasoa: diagnóstico y propuestas de actuación”*<sup>3</sup>.

Dicho estudio trataba de analizar un fenómeno que se veía afectado por las diferentes realidades culturales, sociales, jurídicas, etc. que caracterizan a cada localidad. Por lo tanto, la percepción social de los comportamientos relacionados con las drogas, su aceptación o rechazo, la regulación jurídica de los mismos, etc. iban a mostrar escenarios que tendrían en cuenta las diferencias evidentes entre ambos Estados.

Al mismo tiempo, se percibió que el movimiento de personas en el espacio transfronterizo, al compartir aspectos muy importantes como la lengua y otras expresiones culturales, ha fomentado el intercambio, la cohesión y la aceptación, a pesar de que haya diferencias sociales y jurídicas, que evidencian distintas formas de acercamiento al consumo de alcohol y otras drogas. A pesar de la similitud entre ambos espacios geográficos, y de compartir raíces culturales muy importantes, es evidente que se trata de dos Estados diferentes y de dos Administraciones distintas, lo que, en determinadas ocasiones, dificulta la intervención en materias que exigirían una visión común porque afectan a personas de

ambos lados de la frontera que interactúan en un mismo espacio<sup>4</sup>.

Así, en principio, se hacía difícil conceptualizar estrategias e implementar acciones homogéneas de reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas, en el espacio transfronterizo. La heterogeneidad de la población, como hemos señalado, dificultaba la viabilidad de un único mensaje. También, el consumo de diferentes sustancias, con diferentes acciones y efectos (lo que exige mensajes diferenciados), como los diferentes momentos de relación con la sustancia que tienen las distintas personas, implican distintos niveles de percepción de riesgo.

Además, mientras que en Francia corresponde al Estado desarrollar la política sobre drogas a través de la Mission Interministerielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT); en España la prevención y el tratamiento son competencia de las Comunidades Autónomas, en coordinación con los municipios dotados de planes locales de prevención. Esto hace que sean diferentes el tipo de acciones que se pueden poner en marcha a ambos lados de la frontera y, como veremos, que sea diferente también la visión de lo que supone el propio consumo<sup>5</sup>.

### **Población**

El trabajo “Consumo de alcohol y otras drogas en contextos festivos a ambos lados del Bidasoa: diagnóstico y propuestas de actuación” pretendió estudiar los comportamientos relacionados con el consumo de drogas de los y las jóvenes en las localidades transfronterizas del territorio Bidasoa-Txingudi, con una triple finalidad.

Por un lado, era necesario profundizar en las políticas europeas e internacionales en materia de drogas y especialmente en la relevancia jurídica de los consumos de sustancias legales e ilegales en España y Francia<sup>6,7</sup>.

Por otro, era preciso conocer cualitativamente la situación general de consumo de alcohol y otras drogas de los jóvenes en el contexto festivo del territorio Bidasoa-Txingudi, especialmente en las comarcas de Irún, Hendaya y Hondarribia<sup>8,9</sup>. Se analizó el tipo de sustancias, la frecuencia de consumo, los lugares y las modalidades de consumo,

la percepción de los riesgos asociados al consumo de dichas sustancias que comparten los jóvenes y las diferencias de género en los distintos consumos, entre otras variables relevantes.

Por último, teníamos que proponer desde un punto de vista técnico basado en la evidencia científica, medidas a considerar y acciones específicas a realizar en el territorio, consensuadas con los diferentes agentes sociales que intervienen en la realidad de los consumos a ambos lados de la frontera, adecuadas a los marcos legales vigentes en ambos Estados y a la población objetivo<sup>10</sup>.

Como conclusiones destacables del proceso de diagnóstico, se resaltó la importancia de la concienciación y compromiso de las Instituciones. La existencia de una problemática común a ambos lados de la frontera precisa, en primer lugar, un trabajo conjunto entre las administraciones municipales y los agentes implicados. La misma filosofía de trabajo que se evidencie en un lenguaje común y transmita un mensaje coherente, con carácter de continuidad y con evaluación periódica<sup>4,5</sup>.

Así, realizamos cuatro propuestas de intervención, a nuestro juicio necesarias, de las cuáles, tres se valoraron como viables para su realización durante el año 2010.

1. *Grupo de profesionales que intervienen en asistencia y prevención de las drogodependencias a ambos lados de la frontera.*
2. *Curso de formación para educadores/as que intervienen en drogodependencias a ambos lados del Bidasoa.*
3. *Materiales para reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas para jóvenes que alternan en el espacio transfronterizo, para distribuir en hostelería.*

Se estableció como metodología de trabajo la acción comunitaria participativa en la que la comunidad participa activamente tanto en el diagnóstico y la puesta en marcha de sus proyectos, como en la evaluación de los mismos. Este tipo de metodología tiene como objetivo último lograr la transformación de la realidad social sobre la que se está interviniendo<sup>11</sup>.

Los tres proyectos se han estructurado de forma específica, cada uno desde su marco conceptual

operativo, con el fin de que cada uno logre los objetivos de intervención que se propone. Aún así, los tres han funcionado de forma interdependientes, y cada uno ha influido en el otro, y lo ha mejorado con sus aportaciones, desde un planteamiento metodológico que permite ser flexibles con los límites entre cada uno de ellos.

Los tres proyectos se han dirigido al objetivo último de reducir los riesgos y daños asociados al consumo de drogas en los espacios de ocio, a ambos lados del Bidasoa y se han desarrollado a lo largo de 2010.

En este artículo, presentamos el primero de los tres proyectos realizados.

Este *Grupo de profesionales que intervienen en asistencia y prevención en drogodependencias a ambos lados de la frontera* tuvo como finalidad el conocimiento mutuo y el trabajo conjunto, con un carácter de continuidad y una evaluación periódica entre los agentes de la prevención y los sanitarios, ya que se entendía que solamente desde ahí se podría comprender una realidad tan compleja como la transfronteriza, en la que dos Administraciones distintas intervienen sobre una población que comparte el ocio y el tiempo libre (y en él el consumo de alcohol y otras drogas), así como otras identidades culturales.

El trabajo del grupo durante el año 2010 se estructuró en torno a dos áreas:

- a. Desde la perspectiva de la reducción de la oferta, se consideró preciso que se discutiera la alta accesibilidad a las sustancias (derivada muchas veces del incumplimiento de la prohibición de la venta de tabaco y alcohol a menores en determinados contextos) y se profundizara en la valoración que se hace desde la prevención y el tratamiento, sobre el consumo de determinadas drogas que, ya sea porque son sustancias socialmente aceptadas (alcohol), o porque su aparición y aumento en la cantidad de su consumo (anfetaminas y cocaína) pueden desencadenar situaciones específicamente problemáticas.
- b. Desde la perspectiva de la reducción de la demanda, se consideró a los profesionales que atienden a las drogodependencias como las personas indicadas para apoyar la

necesidad de que los mensajes a transmitir frente a los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, sean adecuados a la evidencia científica. El saber y la experiencia de los miembros del grupo se consideraron los fundamentos sobre los que construir el contenido de la información, de forma que ésta pueda formar parte de proyectos de prevención dirigidos a la población que se divierte y consume drogas en este contexto.

Asimismo, el grupo de profesionales también fue el lugar en el que se pusieron en común otros proyectos de base comunitaria, integrados dentro de este Plan global de acción transfronterizo, porque se consideró que era el espacio adecuado para supervisar las medidas que se pretendieran poner en marcha en ese espacio concreto y orientadas al colectivo de jóvenes que consumen sustancias en él<sup>12,13</sup>.

## Metodología

El *objetivo general* del proyecto que se presenta en este artículo, ha sido el de sistematizar la coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en drogodependencias en el contexto transfronterizo.

Los *objetivos específicos*, a su vez, fueron:

- Conocer la realidad transfronteriza desde la perspectiva de los agentes de prevención
- Conocer la realidad transfronteriza desde la perspectiva de los agentes sanitarios
- Conocer a los y las profesionales que intervienen en el espacio transfronterizo, tanto a nivel personal, como desde su quehacer experto.
- Conocer las iniciativas que se están poniendo en marcha en diferentes Servicios a ambos lados del Bidasoa, de cara a que los miembros del grupo puedan participar activamente en los proyectos que se realizan en el entorno.
- Favorecer la coordinación entre profesionales y Servicios, de cara a aumentar la eficacia de los resultados de las acciones que, en materia de prevención y asistencia, se desarrollan en el espacio transfronterizo.
- Aumentar la motivación hacia la puesta en marcha de iniciativas de actuación (proyectos)

y aumento del conocimiento (formación e investigación) comunes a profesionales de ambos lados de la frontera.

Como se ha señalado previamente, el proyecto ha sido diseñado y dinamizado por las autoras, desde el Servicio de Psicología de la UPV/EHU. Ha sido diseñado para ser realizado en dos fases: En la primera, se ha coordinado y dinamizado el trabajo del grupo, de cara a garantizar que la actividad que se ponía en marcha, se pudiera llevar a cabo de forma eficaz. La idea que subyacía en el equipo de profesionales de la UPV/EHU era que, en un futuro, en una segunda fase, el grupo continuara reuniéndose de forma periódica, pero que fuera dinamizado desde las mismas personas que lo conformaban, estructurándose como un grupo de tarea sin líder formal.

Para la selección de los profesionales que participaron en el Proyecto, se tuvo en cuenta que fueran personas que intervinieran en drogodependencias, y que representaran tanto a las Asociaciones como a los Servicios de salud y de Prevención municipales de ambos lados de la frontera. La experiencia del año 2010 demostró el poder consultivo, y representativo del sector con el que se trabajó.

Se realizaron cuatro reuniones trimestrales en el año 2010, cada una de las cuáles tuvo una duración de 3 horas.

Los lugares de encuentro fueron cambiando, siguiendo la filosofía de implicar a todos los agentes. Así, se realizaron encuentros a ambos lados del Bidasoa, alternándose las personas que se tenían que desplazar y acercando geográficamente las reuniones a las personas, de forma alternada. A su vez, se tuvo en cuenta que esta movilidad física permitiera conocer los diferentes espacios de trabajo, y que diferentes profesionales asumieran la responsabilidad de la acogida a sus compañeros/as. Las dificultades lingüísticas, al ser tres los idiomas de uso (euskera, castellano y francés) de los y las participantes, se superaron gracias al esfuerzo común y a la alta motivación mostrada por la tarea.

## Resultados y conclusiones

En la primera reunión se presentó, como documento de trabajo base, el programa global transfronterizo de reducción de los riesgos asociados

al consumo de drogas, y los resultados del estudio realizado por las autoras, que reveló que existe un importante trasvase de personas de un lado a otro de la frontera, en contextos de ocio y tiempo libre, que consume sustancias psicoactivas en ese marco, y se destacaron las principales características del consumo de alcohol y otras drogas en este contexto.

Se objetivaron diferencias importantes en la manera de estar organizada la asistencia y la prevención en materia de drogodependencias en el Estado francés y la manera en la que está organizado este tema en la CAPV, y un desconocimiento de las mismas por parte de los profesionales de cada “otro lado”, por lo que se consideró fundamental hacer primero una presentación de cómo están estructurados los diferentes servicios a cada lado de la frontera.

En lo que se refiere al Estado francés, se especificó que, si bien depende del Estado, el dispositivo médico-social ambulatorio está gestionado por Asociaciones que dedican un 80% de su tiempo, aproximadamente a la asistencia y un 10%-15% a la prevención (que, a su vez, depende de financiaciones anuales). La atención a la Salud Mental se estructura en áreas geográficas cercanas al paciente, y el Centro de Salud Mental depende del Hospital público. Se señaló que durante el año 2010, se abrió un Centro de Salud Mental en Hendaya y se destacó la posibilidad de mantener contactos profesionales con el CSM de Irún, en la medida en que muchas veces los pacientes que ven son comunes. El CSM, en San Juan de Luz, no gestiona planes para la prevención de las drogodependencias, pero sí mantienen una coordinación estrecha con las Asociaciones que trabajan en la zona (ANPAA, ARIT, BIZIA, etc.). Este servicio dirige su intervención a la Salud Mental en general, y los casos de drogodependencias los trabajan en coordinación con Asociaciones especializadas.

Como diferencia significativa, respecto a la organización del tratamiento en la CAPV, se señaló el diferente significado que tiene la consideración de la abstinencia a ambos lados del Pirineo. Para los y las profesionales del Estado francés, la abstinencia sería siempre uno más de los objetivos del tratamiento y nunca uno de los requisitos principales para el inicio del mismo.

Asimismo, se señaló también que el Estado francés cuenta con otros servicios de apoyo, no específicos de drogodependencias, como son los apartamentos para situaciones de urgencia antes de iniciar tratamiento o para estancias de más largo plazo, coexistentes con un tratamiento ambulatorio.

En cuanto a la organización de la asistencia en materia de drogodependencias en la CAPV, son los Centros de Salud Mental (CSM) de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud y los Centros Concertados (como pueden ser AGIPAD o Proyecto Hombre), los recursos sanitarios básicos.

Se señalaron también importantes diferencias en el abordaje entre Guipúzcoa, Bizkaia y Álava y que esas diferencias podrían explicar la derivación de muchos casos que necesitan psicoterapia y/o Comunidad Terapéutica en Guipúzcoa a las Entidades concertadas, mientras que en Bizkaia son muchas veces los mismos CSM los que realizan el tratamiento ambulatorio pre y post Comunidad Terapéutica. Por su parte, Atención Primaria, hospitalaria y los CSM pueden derivar a Comunidad Terapéutica (a la de Agipad, por ejemplo) o a otros Servicios concertados. Los Centros concertados también reciben demandas desde los Servicios Sociales públicos, de hecho la mayor demanda proviene de estos Servicios.

Parece que en este lado de la frontera, la organización del Sistema hace que las intervenciones estén más compartimentadas. Los Servicios Sociales tienen poca relación con la Salud Mental, aunque en algunos casos, sí existan reuniones de coordinación regulares. Todos/as los/as asistentes insisten en la importancia de hacer realidad el espacio socio-sanitario. Algunos/as profesionales señalan la importancia de que los Servicios trabajen en red, y para ello se destaca la importancia de facilitar el trabajo a otros/as profesionales, no interviniendo ni interfiriendo en el proceso.

Se debatió el tratamiento que se ofrece a los pacientes judiciales a ambos lados de la frontera, el problema del tratamiento cuando existe nula conciencia de problema o cuando la motivación para el tratamiento es prácticamente toda extrínseca y las exigencias de poner en funcionamiento dispositivos psico-sociales como pisos de acogida, de autonomía u otros.

La ley francesa parece ser más estricta a la hora de guardar la confidencialidad de la información que aporta el paciente. El juez sólo solicita información sobre la asistencia o no de la persona al dispositivo de salud, y no pide información detallada del proceso terapéutico. Los informes los firma el Director del Centro, independientemente de quien sea el responsable terapéutico que no tiene que ser necesariamente médico/a. Los pacientes tienen obligación de ir al Centro, pero no de seguir un tratamiento u otro, ya que esta cuestión no la decide el juez. Se comenta que, a veces, los educadores de justicia son más exigentes que los propios jueces.

Se señala que la dificultad a la hora de informar se presenta muchas veces en el caso de que haya hijos/as, estableciéndose un debate entre Instituciones y paciente, en la que cada parte tiene objetivos diferentes. Si el paciente no quiere que se aporte información sobre su tratamiento, se entra en conflicto con los Servicios Sociales, pero siempre haciendo prevalecer el derecho del paciente a la confidencialidad.

Todos los miembros del grupo, a pesar de valorar como positiva la obligación de realizar un tratamiento por vía judicial, reconocen que, en estas condiciones el método es más complicado, ya que hay que trabajar desde la contradicción de tener que lograr la voluntariedad del/la paciente.

En cuanto a los Programas preventivos municipales, éstos hacen hincapié en la importancia de trabajar con los y las menores y con la juventud, basándose en la promoción y participación en actividades de tiempo libre y en los espacios culturales.

Algunos miembros del grupo explicaron que su objetivo principal es el que los animadores/as culturales se conviertan en personas de referencia para la infancia y se mantengan en las situaciones de conflicto personal que puedan vivir a lo largo de su vida. Los profesionales del Estado francés que participaron en el grupo resaltaron que muchos de estos/as pacientes son clientes de las discotecas que están ubicadas en el Estado español, y que realizan la mayor parte de sus consumos en ellas, volviendo a destacar la importancia que tiene la coordinación entre ambos Estados.

Existe una preocupación general sobre la situación del consumo de sustancias en las discotecas de este lado de la frontera y en sus aparcamientos. Muchas veces frente al control que se establece dentro de los locales de ocio, los y las jóvenes consumen en los coches que están aparcados en las afueras del recinto. Se destaca que lo importante de la acción preventiva es acudir al contexto y que es necesario un compromiso de acción por parte de todos los municipios, no sólo por parte del municipio que tiene una macrodiscoteca en su zona, porque a ella se desplazan personas de municipios cercanos que tienen los mismos comportamientos de riesgo.

Esa razón, entre otras, hace que para los Servicios Sociales sea difícil actuar en las discotecas, porque la mayor parte de la población que acude a las mismas, no es de sus municipios. En ocasiones puntuales, ponen una carpa para ofrecer información sobre drogas, realizar *testing* de sustancias, etc. Mantienen contacto con los dueños de las mismas, aunque este contacto no se ha concretado en ninguna acción preventiva. Inicialmente sí hay buena disposición, pero no se materializa.

La comunidad se señala como el punto de partida para llegar a la población con mensajes preventivos, y trabajar la fidelización de los grupos, utilizando las nuevas herramientas como los foros de Internet, el Bluetooth, etc.

Todo el grupo coincide en criticar las medidas de carácter puntual y el que desde la Administración no se reconozcan las zonas calientes y de mayor riesgo para el consumo de drogas y no se realice ninguna acción en ellas. Se señala que las intervenciones puntuales son poco eficaces. Se intuye y preocupa que la crisis económica vaya a afectar a esta área, y que se vean reducidas las acciones a realizar, no dando el valor necesario a la prevención, como medida de inversión para el futuro.

Así, y teniendo en cuenta que en el Estado francés la ley no permite el *testing* de sustancias, se están tomando iniciativas dirigidas a informar sobre las sustancias y los riesgos de su consumo a camareros y camareras de locales de ocio, de cara a fomentar el que los propios locales de ocio tomen ciertas medidas dirigidas a reducir riesgos. Esta es una medida que puede tener una respuesta positiva en tiempos de crisis, frente al elevado coste que supone el testado de sustancias. No obstante, los miembros del grupo que trabajan en prevención

señalan que les resulta especialmente difícil intervenir con el gremio de hostelería, y sobre todo con algunas discotecas más que con otras.

Es en sus aparcamientos donde se plantea que se puede ofrecer alguna posibilidad de intervención ante el consumo de sustancias, valorando la opción de utilizar dispositivos móviles.

Se plantea como importante la coordinación de las Administraciones, los profesionales sanitarios y los organizadores de fiestas populares para reducir los riesgos asociados al consumo, para vigilar el cumplimiento de la ley que prohíbe la venta de alcohol a menores, para el reparto de alcoholímetros, etc., y para que se dé información específica en este campo a las personas que solicitan autorización para poner *txoznas* en las fiestas. Las Asociaciones pueden participar en hacer cumplir la legislación en materia de drogodependencias vigilando su cumplimiento. Se reconoce que no es cómodo, pero que la participación de la ciudadanía puede ser imprescindible en esta cuestión.

El control sobre las *txoznas* y los espacios de fiesta en este lado de la frontera es más bien escaso, y muchas veces en éstas, a última hora, es imposible encontrar bebidas calientes, agua o bebidas isotónicas y a menor precio que las bebidas con alcohol. Por el contrario, se señala que en el Estado francés hay que tener un permiso bien municipal, bien del Prefecto, si se quiere abrir una *txozna*, o se quiere ampliar el horario de cierre en algún evento. Para dar este permiso, el municipio en cuestión y las Asociaciones que trabajan en prevención deben firmar con los locales un convenio para la reducción de riesgos y los/as responsables de los locales deben asistir a unas Jornadas específicas sobre este tema, organizadas por dichas Asociaciones y municipios.

Estas diferencias en el marco de la prevención del consumo de drogas y la asistencia a la persona consumidora, hicieron ver al grupo la necesidad de plantearse la realización de un mapa detallado de recursos, dispositivos, y modelos de atención a ambos lados de la frontera, de tal manera que todos pudieran conocer y situarse en el abordaje del consumo de drogas y las drogodependencias en el espacio transfronterizo.

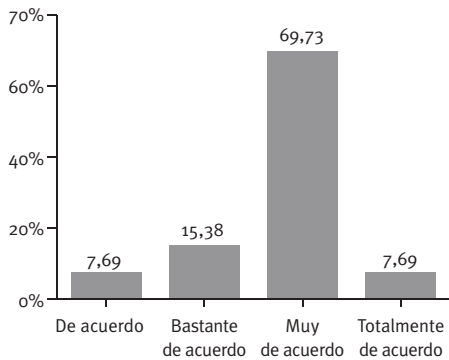
Se consensuó que esta podía ser una de las tareas que asumiera el grupo en el futuro, desde un

modelo de acción comunitaria, sumando los conocimientos de todos y todas, con el objetivo de hacer un mapa válido para la práctica clínica y social de los asistentes. Dicho mapa sería completado por todos los miembros del grupo, conociendo expertos cada uno de su ámbito de actuación.

### Evaluación

Al finalizar el proyecto, se realizó una evaluación de implementación, utilizando una escala tipo Likert de 6 puntos, siendo 1 (nada de acuerdo) a 6 (completamente de acuerdo), para obtener el *feedback* de los y las asistentes al grupo. Las cuestiones tratadas en la evaluación tenían que ver con la utilidad del grupo para la coordinación transfronteriza, con la adecuación de los temas tratados, con la organización global y con los aspectos positivos y a mejorar del trabajo realizado. Asimismo, se les preguntó acerca del interés por continuar con el trabajo iniciado. Resultaba importante conocer su valoración para interpretar su motivación hacia la continuidad del grupo o no. La creencia de que un trabajo es útil tiene que ver con el pensar que éste va a ser eficaz, que va a ser capaz de conseguir logros a corto o medio plazo.

Item 1. Valoración sobre la utilidad del trabajo realizado en el grupo



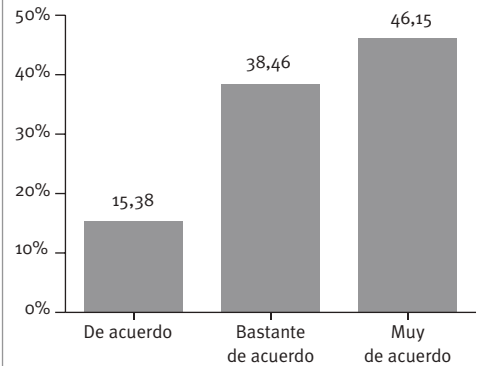
Item 1: Considero que el trabajo realizado en el grupo me ha resultado útil

Así, y con respecto a esta cuestión (ítem 1), la puntuación media de las respuestas de los profesionales fue de 4,8, siendo la moda (la puntuación más señalada) 5. En el gráfico se presentan los porcentajes de respuesta globales al ítem 1.

La conclusión obtenida es que el grupo valora muy positivamente el esfuerzo realizado a lo largo del año, y que además cree en su potencialidad de cara a conseguir logros en un futuro.

También se consultó sobre la capacidad que había tenido el grupo para clarificar ideas, ya que ello iba a permitir confirmar si se había cumplido uno de los objetivos del mismo, como era el conocimiento mutuo entre las dos realidades administrativas, sociales, y sanitarias, que conforman el espacio transfronterizo.

Item 2. Valoración sobre la posibilidad de clarificar ideas que ha permitido el grupo

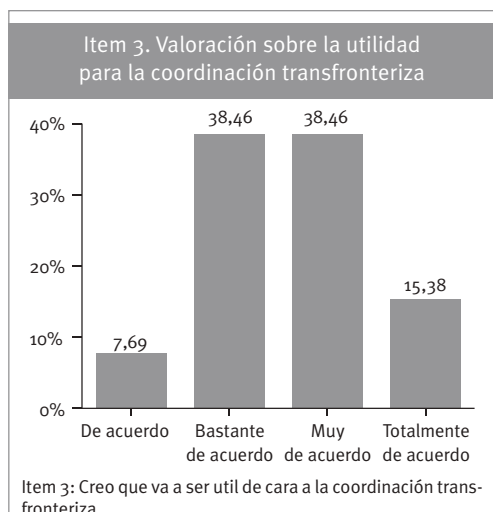


Item 2: Me ha servido para clarificar ideas sobre los temas tratados

Todo el grupo ha considerado que, en alguna medida, el trabajo realizado les ha servido para mejorar su información sobre el espacio transfronterizo. Con respecto a esto, la puntuación media es 4,3, y la moda es 5. En el gráfico se presentan los porcentajes de respuesta globales al ítem 2. Se puede concluir que la ignorancia mutua que había persistido hasta el momento entre los distintos espacios profesionales, se ha reducido de forma importante, y que los profesionales, en caso de necesitarlo, van a tener más herramientas personales y técnicas, para moverse en un contexto común.

Casi una de cada dos personas no ha tenido ninguna duda en reconocer que el grupo está siendo eficaz a la hora de esclarecer la realidad del consumo de sustancias a ambos lados del Bidasoa. Y una mayoría muy amplia, del 84%, está viviendo el grupo como un espacio que explica sus necesidades de conocer.

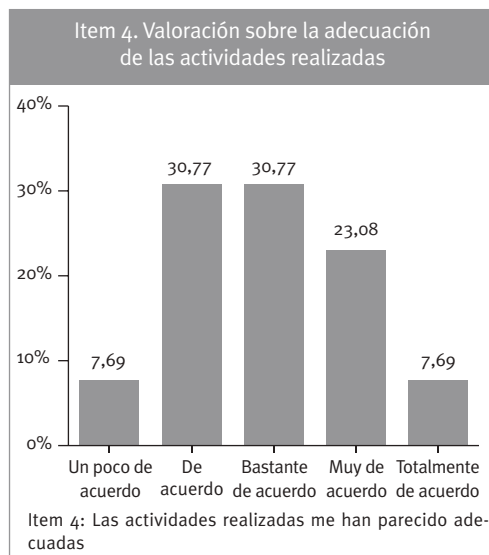
Se ha preguntado sobre la utilidad de la coordinación transfronteriza, como forma de valorar la motivación hacia la participación en el grupo, desde la perspectiva de sus creencias de que las conclusiones del grupo van a servir para algo en un futuro.



Con respecto a si creen que este grupo va a ser útil de cara a la coordinación transfronteriza, la puntuación media es 4,6 y la moda es 5. En el gráfico se presentan los porcentajes de respuesta al ítem 3.

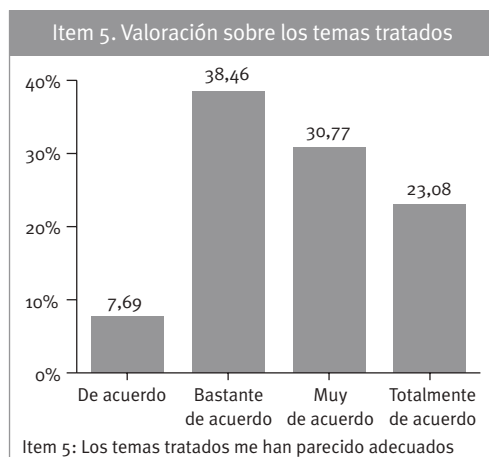
La respuesta obtenida sobre esta cuestión está en relación a la recogida en el ítem sobre la utilidad del grupo. Así podemos interpretar que hay mayor confianza en lo que se pueda obtener dentro del grupo, que en la repercusión del grupo más allá de él mismo. Aún así, existe confianza en que se pueda realizar una coordinación transfronteriza, ya la mayoría está de acuerdo con la utilidad del grupo en esta cuestión.

Las actividades realizadas tienen que ver con la metodología utilizada para la puesta en marcha del grupo. Así se pregunta sobre esta cuestión, a pesar de que reconocemos las limitaciones que existen para desarrollar un grupo de trabajo con un elevado número de participantes, con tres idiomas a utilizar, y con profesionales que trabajan sobre aspectos comunes, aunque desde perspectivas muy diferentes.



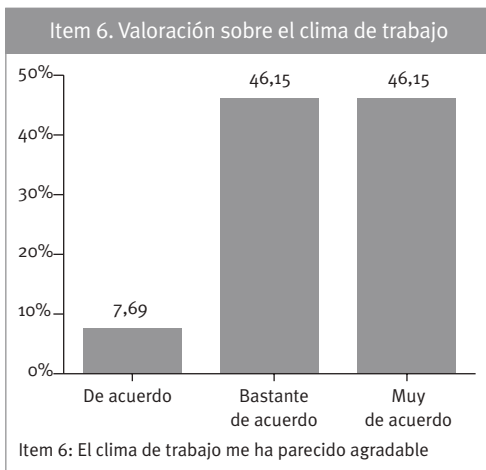
Con respecto a la valoración acerca de si las actividades planteadas en el grupo han sido adecuadas, la puntuación media es 3,9 y la moda es 4. En el gráfico se presentan los porcentajes de respuesta para el ítem 4. En su mayoría, podríamos decir que el grupo está representado en una franja intermedia que muestra estar “de acuerdo” con las actividades realizadas. Podríamos interpretarlo como la expresión de reconocer tanto las actividades realizadas como las limitaciones que las determinan.

En cuanto a los temas tratados se ha tenido en cuenta que el tema principal ha estado centrado por la presentación de los miembros del grupo y de las entidades que representan.



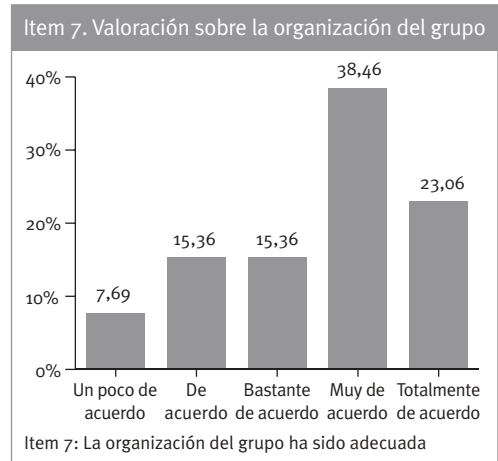
Con respecto a si los temas tratados han sido adecuados, la puntuación media otorgada por el grupo es 4,7 y la moda es 4. En el gráfico se presenta el porcentaje de respuesta para el ítem 5. En su mayoría, podríamos decir que el grupo se muestra representado en una franja que reconoce el acuerdo con los temas tratados. Podríamos interpretarlo como una cuestión aceptada por las circunstancias relacionadas con el arranque del grupo.

Se le ha dado importancia al clima de trabajo, porque se ha considerado que la parte relacional influye de manera decisiva en los resultados de un trabajo de coordinación. El encontrarse bien o mal con el resto de los y las compañeras tiene que ver con el hecho de que los logros del grupo, se puedan extrapolar fuera del mismo. Si el clima de trabajo es bueno, las garantías de que las personas puedan continuar su relación fuera del grupo son mayores.



Con respecto a si el clima de trabajo ha sido agradable, las personas integrantes del grupo dan una puntuación media de 5,4 siendo la moda 6. En el gráfico se presentan los porcentajes de respuesta globales para el ítem 6. En esta cuestión, la respuesta es totalmente positiva, considerando el clima conseguido entre todos y todas como agradable. Sin una buena relación, desarrollar funciones y actividades es imposible. Una comunicación abierta da confianza, favorece el que se compartan opiniones, ideas, soluciones, etc. Si el clima es agradable, se permitirá y favorecerá la crítica, lo que hará al grupo más eficaz.

La organización del grupo ha sido otra de las cuestiones valoradas de la metodología utilizada. Significa comprender los elementos significativos, saber cuándo y cómo actuar, y conseguir mantener el interés por el grupo.



Con respecto a si la organización del grupo ha sido adecuada, las personas integrantes del grupo dan una puntuación media de 4,5 siendo la moda 5. El gráfico presenta los porcentajes de respuesta global para el ítem 7. Aproximadamente, dos tercios de las personas están más que de acuerdo con la conceptualización de los temas, con la presentación y con la planificación del grupo. Los materiales utilizados, el tiempo empleado, la estructura establecida, etc., son cuestiones que se incluirían en aspectos organizativos, que se podrían considerar como positivamente valorados.

El cuestionario que se ha pasado entre los y las profesionales, ha contado con una serie de preguntas abiertas que han permitido aportar una valoración cualitativa a los datos más puramente cuantitativos expresados hasta el momento. Han sido en concreto dos preguntas que nos sirven para analizar lo que más han valorado los miembros del grupo y lo que menos.

#### a. Aspectos de mejora

De forma limitada por la presión del tiempo, se han analizado las diferencias en la prevención entre los programas que se llevan a cabo en Hegoalde y en Iparralde. La prevención exige, así, un espacio y

tiempo propios y determinados, para ser tratada en profundidad a través del conocimiento de sus características fundamentales.

Las personas que han participado consideran que no se ha dado igual consideración a la prevención que a la asistencia. La presentación ha comenzado con los programas que intervienen desde la asistencia y ello ha impedido que los recursos dirigidos a la prevención hayan tenido una participación mayor. A su vez, al no existir programas preventivos específicos en el Estado francés, el grupo se ha ido dirigiendo hacia cuestiones que afectan a ambos territorios. Sin duda la formación clínica de las conductoras del grupo ha contribuido a reforzar una tendencia que debería corregirse de cara al próximo año.

Se ha considerado que se ha tratado de forma insuficiente la diferente situación jurídica entre los consumidores de los dos Estados, respecto al uso de alcohol y otras drogas. Todos piden un mayor compromiso por parte del grupo de cara a tratar esta cuestión en los próximos encuentros.

De cara a aportar ideas para los futuros grupos se considera que sería interesante aumentar el intercambio de experiencias sobre los lugares de trabajo de los y las asistentes, incluyendo desplazamientos de los profesionales de ambos lados de la frontera, para así conocer los recursos de forma directa. Como objetivo final estaría aumentar la interacción entre las personas que trabajan en el espacio transfronterizo. En esta misma dirección, se solicita el que se puedan coordinar trabajos conjuntos, en función de estrategias concretas.

Las expectativas de los y las asistentes al grupo son muy altas y hay una exigencia común de ampliar las actividades del grupo y de aumentar las acciones de colaboración entre sus miembros. Justamente, hay una baja valoración del tiempo de las sesiones, considerándose demasiado cortas y haciendo una petición expresa de ampliar la duración de las mismas.

Por último señalamos las dificultades encontradas con la utilización de los tres idiomas oficiales del territorio. Resulta difícil y complicado, por lo que supone de ralentización de las dinámicas de los grupos, la traducción al francés de todos los contenidos que se exponen. La traducción simultánea

sería la única respuesta posible, si se quiere que haya tiempo para tratar los temas que se proponen. Aunque una opción intermedia es planificar menos temas en cada sesión. Hay personas que dominan mejor el castellano que es la lengua en la que se vehiculan los contenidos, y cuando ha sido necesario han traducido al francés para sus colegas.

En cuanto a los materiales entregados (actas, mapas de recursos, etc.) deberían ser traducidos a las tres lenguas oficiales de los territorios.

#### *b. Oportunidades que ofrece el grupo*

El 100% de las personas han señalado en el cuestionario realizado que quieren seguir con el grupo el año próximo. Es un dato que garantiza la asistencia y participación de los miembros del grupo durante un año más. Ello quiere decir que el trabajo empezado ha tenido un éxito reconocido por los agentes implicados.

Entre las cuestiones que se han señalado como oportunidades que ofrece el grupo se destaca la de conocer a personas que intervienen en la asistencia y prevención de las drogodependencias a ambos lados del Bidasoa. Se valora muy positivamente que el grupo esté compuesto por profesionales diferentes, cada uno de los cuales puede aportar visiones diferentes de la realidad que se analiza, manteniéndose un interés común.

Uno de los éxitos del grupo ha estado en la alta motivación que han mostrado los y las asistentes para comunicarse y compartir las experiencias personales y profesionales entre los participantes. A pesar del poco tiempo de desarrollo del grupo, la implicación de todos y todas ha permitido conocerse, compartir y construir, uniendo la asistencia y la prevención, entre Iparralde y Hegoalde, con el fin de plantear acciones a futuro. Los materiales elaborados para la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas para ser distribuidos en hostelería, pueden ser contemplados como un ejemplo de los resultados que pueden derivarse de la coordinación y el trabajo conjunto.

Es importante destacar que los encuentros entre profesionales han sido una experiencia única y original en nuestro espacio transfronterizo, desde el cual las diferencias se han considerado como oportunidades de mejora y las semejanzas como valores que refuerzan nuestra alianza y colaboración<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Urteaga E. *La coopération transfrontalière en Pays Basque*. Paris: L'Harmattan, 2007.
2. Becoña Iglesias E. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.
3. Insúa P. Lledó M. editoras: *Consumo de alcohol y otras drogas en los contextos festivos a ambos lados del Bidasoa: Diagnóstico y propuestas de actuación*. San Sebastián: Servicio de Psicología Aplicada. Universidad del País Vasco, 2009.
4. Arbaiza Álvarez JK. *Proyectos de cooperación transfronteriza en el País Vasco: Objetivos y realidad*. Lurr@lade, Nº 29, 2006. Accesible en: [www.ingeba.org/lurralde/](http://www.ingeba.org/lurralde/)
5. Llimona i Balcells J. La cooperación transfronteriza en la frontera pirenaica: un largo camino hacia su consolidación. *Tempo Exterior*, nº 3, segunda época-julio/diciembre 2001 Accesible en: [www.igadi.org](http://www.igadi.org)
6. Muñoz Sánchez J. Problemas legales de las políticas de reducción de daños. *Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*. 16, 41-59, 2002.
7. del Cerro Esteban JA. Programas para la Reducción de Riesgos y Daños derivados de las drogodependencias. Aspectos jurídicos *Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*. 16, 7-21, 2002.
8. Observatorio Español sobre Drogas-OED (2007): *Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
9. EUSKADI Y DROGAS 2010. SIIS Centro de Documentación y Estudios Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, 2010.
10. Roberts G. McCall D. Stevens-Lavigne A. Anderson J. Paglia A. Bollenbach S. et al. *Prévention de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques*. Ottawa: Health Canada, 2001
11. Kröger C, Winter H, Shaw R. *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de Programas*. Lisboa: EMCDDA-OEDT, 1998.
12. Currie J. *Prácticas óptimas. Tratamiento y Rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas*. Ottawa: Health Canada, 2001.
13. EMCDDA-OEDT. *European drug prevention quality standard. A Manual por prevention professionals*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2011.

<sup>2</sup> Si bien a la finalización del trabajo en 2010, la idea era continuar con los encuentros grupales en 2011 llevando a cabo las tareas que los y las profesionales valoraron como necesarias para consolidar la construcción de la red de servicios transfronteriza, decisiones políticas desconocidas por las autoras han detenido el proyecto. En 2011 sólo se realizó un encuentro, en septiembre, y fue para presentar el VI Plan de Drogodependencias del Gobierno Vasco. A la fecha de esta publicación el grupo de profesionales no se ha vuelto a reunir.

### Contacto

Patricia Insúa Cerretani.  
Facultad de Psicología UPV/EHU.  
Av. de Tolosa, 70 • 20018 Donostia-San Sebastián.

# Consideraciones en torno a la muerte voluntaria

## *Considerations regarding voluntary death*

Petra León Pérez<sup>1</sup>, Elena Navarrete Betancort<sup>2</sup>, Marta Winter Navarro<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Psiquiatra del ETAC de Las Palmas;

<sup>2</sup> Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de G.C.;

<sup>3</sup> Psiquiatra del ETAC de Las Palmas.

**Resumen:** En las últimas décadas y en relación con los resultados de múltiples estudios epidemiológicos se consolida la idea de que el suicidio está causado en más del 90% de los casos por una enfermedad mental. En este artículo pretendemos hacer una breve reflexión acerca de cómo el suicidio es considerado, por tanto, el resultado de una enfermedad y se olvida que, aun cuando no se puedan obviar los resultados de los estudios que apuestan en esa dirección, tampoco se pueden ni se deben olvidar otros factores implicados en las conductas suicidas ni eludir la reflexión ética en torno a la mismas. Abordamos brevemente las repercusiones en la práctica profesional del derecho de los pacientes a una muerte digna.

**Palabras Clave:** suicidio, enfermedad mental, bioética, muerte voluntaria, autonomía.

**Abstract:** In the last decades and in relation to the results of multiple epidemiological studies, the idea of suicide being caused by a mental disorder in more than 90% of the cases has been consolidated. In this paper we aim to ponder briefly about how suicide is therefore considered the result of a disease and how it is often forgotten that, even if we cannot disregard the findings of research papers which support that line of thought, we cannot and must not forget other factors involved in suicidal behaviour nor neglect the ethical appraisal of this subject. We approach in short detail the repercussions in clinical practice of patients' right to have a dignified death.

**Key words:** suicide, mental disorder, bioethics, voluntary death, autonomy.

“Era la primera vez que oía hablar de que existía un movimiento que a veces se producía en el hombre y que se llamaba suicidio, y recuerdo que me llamó la atención el hecho de que fuera un movimiento solitario, alejado de todas las miradas y perpetrado en la sombra y el silencio”.

Suicidios Ejemplares. E. Vila-Matas

### Introducción

Este artículo pretende ser, en primer lugar una reflexión en torno al suicidio y su relación con la enfermedad mental y, en segundo lugar y de forma más breve, acerca del papel de los psiquiatras en

todas las situaciones en las que la muerte, al menos en principio, acaece de forma voluntaria.

Inicialmente la idea de escribir este artículo surgió después de la lectura de una editorial publicada en la revista *American Journal of Psychiatry* en la cual

los autores proponen que en la próxima edición del DSM-V se incluya un sexto eje diferenciado para el suicidio argumentando que éste reúne los criterios de Robins y Guze para ser considerado una categoría diagnóstica (1).

La segunda cuestión que nos llevó a reflexionar sobre este tema son los comentarios que todos o casi todos hacemos cuando un paciente al que atendíamos se quita la vida: “se *me* ha suicidado un paciente”. Queremos hacer hincapié en el reflexivo “*me*” y también en los sentimientos que acompañan a estos comentarios y que suelen ser de culpa y de vergüenza, cuando no de verdadero temor por las posibles consecuencias legales que esta situación puede acarrear. Temores que no están en modo alguno injustificados ya que como bien dice J.C. Fantin (2) el médico, si adopta una postura de una ética que revele la verdad del sujeto se expone a enfrentarse a la ley ; que, generalmente, obliga a dar cuenta de por qué no se *hizo más*, en lugar de por qué se *hizo de más*.

Sin embargo, los comentarios de los profesionales parecen ser consecuentes con la consideración actual del suicidio como el resultado casi exclusivo de una enfermedad mental. Como afirma Thomas Szasz (3), “el suicida ha pasado de ser considerado un pecador, sometido durante siglos a los más terribles castigos, a ser considerado víctima de una enfermedad mental y al mismo tiempo se ha trasladado la responsabilidad del suicidio, no a la persona que lo realiza sino al profesional que lo atendía”.

La consideración del suicidio como producto de una enfermedad y, a poco que nos descuidemos, como una categoría psiquiátrica, no sólo no tiene en cuenta la historia personal del sujeto sino que lo despoja de cualquier significado subjetivo y social y, en lo que concierne a los trabajadores de Salud Mental, añade dificultad a una de las tareas más delicadas a las que tienen que enfrentarse: la evaluación y tratamiento de una persona con pensamientos suicidas.

Para A. Camus (4) el único problema filosófico verdaderamente importante era decidir si la vida merece o no la pena ser vivida. Aunque a fuerza de repetir esta afirmación de Camus ya casi suena a tópica creemos que su pregunta

continúa vigente y que, por tanto, es oportuno preguntarse cómo un tema que durante siglos ha suscitado tanto debate entre los filósofos, los poetas, los teólogos o los juristas, parece que lleva camino de cerrarse en las últimas décadas con la atribución de este tipo de muerte al padecimiento de una enfermedad mental.

Hace años, en su magnífico ensayo sobre el suicidio A. Álvarez (5) ya señaló que “es fácil hurgar en los innumerables libros y artículos especializados sin advertir la menor alusión a esa crisis confusa y torturada que se constituye como realidad común del suicidio”. Efectivamente, en contraste con la cantidad de investigaciones, congresos y publicaciones psiquiátricas destinadas a estudiar la epidemiología o los factores de riesgo son mucho menores los artículos destinados a contemplar esta conducta humana, quizá la más específica de todas las conductas humanas, desde una perspectiva más amplia en la que, entre otras cosas, se tenga en cuenta que se trata de un acto íntimo, ligado a las particularidades de cada vida.

Si bien el debate en torno al suicidio ha disminuido en los últimos años en cambio se ha reavivado la discusión en torno al derecho a la eutanasia y el suicidio asistido. Los increíbles avances técnicos de la medicina, los avances en los derechos de los pacientes y los temores que los avances tecnológicos despiertan en las personas han llevado a que muchas de éstas deseen tomar las decisiones sobre el momento o el modo de morir mientras aún les sea posible.

Éste es un asunto en el que los psiquiatras nos vemos implicado. Con frecuencia somos requeridos para determinar la competencia de los pacientes que rechazan someterse a tratamiento y es de suponer que, de aprobarse leyes que regulen el derecho a morir con dignidad, también nos veremos comprometidos en su aplicación.

El hecho de que un gran número de personas que mueren por suicidio padezcan una enfermedad mental no debería hacernos olvidar que en muchas personas que se suicidan, que rechazan el tratamiento o que solicitan ayuda para morir, difícilmente se puede diagnosticar un trastorno psíquico.

Pretendemos reflexionar brevemente desde cuándo y cómo el suicidio ha llegado a convertirse en un asunto casi exclusivo de la Medicina y en concreto de la Psiquiatría. Al mismo tiempo pretendemos hacer hincapié en la necesidad de que los profesionales de la Psiquiatría retomemos el debate ético en torno al suicidio y, en general, a la muerte voluntaria.

### El suicidio como enfermedad mental

*“Recuerdo perfectamente cómo desperté de lo que había sido un coma de treinta horas... me invadió una profunda amargura frente a todos los bienintencionados que me habían sometido a semejante ignominia... y supe mejor aún que antes, yo, que había tenido trato íntimo con la muerte, y su variante especial, muerte voluntaria, supe que me inclinaba hacia la muerte”.*

J. Améry

Los datos epidemiológicos indican que en la actualidad el suicidio representa el 1% de todas las causas de muerte en el mundo, lo que equivale a decir que aproximadamente tienen lugar unos cien suicidios al día y a que más de un millón de personas se quitan la vida voluntariamente todos los años. Si estas cifras ya resultan abrumadoras, más alarma causa el hecho de que el suicidio está siendo más frecuente entre los jóvenes, de modo que en algunos países constituye la primera o segunda causa de muerte entre las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 35 años. Así las cosas, en el año 2004 la OMS declaró el suicidio un problema de salud pública y por tanto, prevenible. En estos momentos, la prevención del suicidio constituye uno de los objetivos prioritarios de las líneas estratégicas en Salud Mental. En estos momentos en que la crisis financiera empuja a miles de personas al desempleo vuelve a resurgir la preocupación por las consecuencias de esta situación sobre la salud mental en general, y el suicidio en particular.

Sin embargo, la consideración del suicidio como un asunto de salud y en particular como un asunto que concierne especialmente a los psiquiatras es un hecho relativamente reciente en la historia de la Medicina.

A lo largo de la historia del pensamiento occidental la actitud hacia el suicidio ha estado siempre

marcada por las creencias religiosas, la ideología y los intereses económicos propios de cada época y en este sentido G. Minois (6) afirma que se pueden distinguir algunos grandes movimientos en su consideración.

En la Antigüedad greco-romano el suicidio era, en general, un acto casi siempre bien tolerado. Según las circunstancias del mismo podía ser considerado un acto valiente o cobarde, legítimo o ilegítimo y si bien les estaba prohibido a algunas personas, por ejemplo a los esclavos o a los condenados que se suicidaban para escapar de la justicia, lo que sí parece claro es que no existía ninguna prohibición de carácter religioso.

Esta situación se transformó con la llegada del cristianismo, ya que apenas fundada, la iglesia de Roma condenó oficialmente el suicidio y un concilio tras otro convirtieron esta actitud en ley (7) y, al menos al principio, esta actitud parece no fue ajena a la necesidad de poner freno a la disposición al martirio de los primeros cristianos deseosos de evitar las tentaciones terrenales y acceder cuanto antes a la salvación. Curiosamente parece que los primeros cristianos consideraban el suicidio como un acto lesivo más. La condena radical del cristianismo hacia la muerte voluntaria fue inaugurada por San Agustín (354- 430 d.C.); su postura, escrita para la posteridad en su libro La Ciudad de Dios. San Agustín se apoyó para ello en el mandato “no matarás” del quinto mandamiento, razonando que si este mandamiento prohíbe el homicidio, entonces el auto-homicidio, el acto de matarse, supone también una violación de ese mandamiento. Más adelante Santo Tomás de Aquino fijó los tres argumentos clásicos en contra del suicidio: el suicidio es contrario a ley natural que determina que todas las cosas se mantengan a sí mismas en el ser, el suicida lesiona a la comunidad de la que es parte y, porque al ser la vida un regalo de Dios, todo aquel que atenta contra su vida, peca contra Dios.

La condena de la Iglesia convirtió al suicida en un pecador y durante la Edad Media tanto los suicidas como sus familias se vieron sometidos a los más variados y humillantes castigos, que iban desde denegación del sepelio o ser enterrados en un cruce de caminos con una estaca en el corazón hasta la confiscación de sus bienes. Las cosas llegaron a un punto en que en

muchas ocasiones los jueces, movidos por la compasión y con el fin de librar a los suicidas de los castigos, se les consideraba como carentes de plenas facultades mentales (*non compos mentis*).

Con la progresiva secularización de las ideas en el Renacimiento los intelectuales reabren el debate en torno al suicidio y, por entonces, algunos médicos comenzaron a pensar que el suicidio podía estar de algún modo relacionado con una enfermedad.

El precursor de las interpretaciones científicas del suicidio fue el tantas veces citado clérigo y erudito inglés, Robert Burton (8) quien, en su famoso libro *Anatomía de la Melancolía*, además de relacionar el suicidio con la melancolía también se preguntó si en algunas ocasiones era lícito que una persona decidiera poner fin a su vida. En los siglos XVII y XVIII toda una corriente filosófica y terapéutica continuó el camino emprendido por R. Burton, aunque los médicos, en concreto los primeros alienistas, no comenzaron a interesarse por el suicidio de forma regular hasta el comienzo del siglo XIX.

El enfoque médico del suicidio comienza a cobrar importancia a comienzos del siglo XIX con el nacimiento de una nueva especialidad: la psiquiatría. Los profundos cambios acaecidos en la sociedad como resultados de las revoluciones liberales, el pensamiento ilustrado y el discurso científico médico del siglo XIX dieron lugar a un nuevo enfoque en la consideración de la locura, de modo que ésta comenzó a ser contemplada como una enfermedad, la alienación mental, y como tal debía ser diagnosticada y tratada por médicos especializados. El concepto del suicidio que los primeros alienistas elaboraron contribuyó a establecer los vínculos entre este fenómeno y las enfermedades mentales y no fue ajeno a sus propios valores y al deseo de ser reconocidos como expertos en el tratamiento de la locura y por extensión del suicidio.

Martínez Pérez (10) en otro texto recoge como en la primera edición de su tratado, Pinel afirmaba que los efectos de las pasiones sobre el organismo eran capaces de provocar una melancolía que, a su vez, podría desembocar en una irresistible inclinación al suicidio. Pero no sólo Pinel sino todos los alienistas de la época, Esquirol, Georget, Bourdin

o Chevrey, insistieron en vincular el suicidio y la alienación mental hasta el punto de que todas las muertes que no pudiesen ser atribuidas a causa natural eran consideradas como suicidio. De forma especial es habitual citar a Esquirol como el autor que estableció una relación firme entre suicidio y enfermedad mental tras escribir en su influyente libro *Des maladies mentales* (1838) que creía “haber demostrado que el hombre no atenta contra su vida más que cuando está en delirio y todos los que cometen suicidio son insanos”. Del mismo modo Henry Maudsley, el considerado padre de la psiquiatría inglesa, popularizó esta idea en el mundo anglosajón.

Al enfoque científico se añadió la corriente sociológica postulada por Durkheim (11) cuya hipótesis básica es que son las condiciones sociales las determinantes de los actos suicidas, en especial los estados de desorganización, pérdida de valores o inconsistencia de las normas sociales. En el año 1917, Freud publicó *Duelo y melancolía*, (12) en el interpretó el suicidio como una hostilidad desplazada hacia el sujeto, iniciando con ello toda una serie de elaboraciones psicodinámicas del suicidio que ponen el acento en la estructura del sujeto y se preguntan cuáles son las razones que tiene una persona para sucumbir a las situaciones sociales de frustración, pérdida o soledad y porque esas situaciones hacen que algunas personas respan con conductas autodestructivas y otras no.

Tradicionalmente el argumento más utilizado para atribuir el suicidio al padecimiento de una enfermedad mental es que la muerte voluntaria, la muerte por mano propia, supone una trasgresión de la ley natural, la cual emana directamente de Dios y rige y ordena el universo, determinando tanto sus valores como sus fines. Uno de los componentes de esta ley natural sería un controvertido instinto universal de autoconservación, que compartiríamos con los animales. Aunque algunos quieren ver en algunos animales y en ciertas circunstancias una conducta que parece sugerir la voluntad de morir, lo cierto es que sólo el ser humano parece el único capaz de imaginar su propia muerte y tomar la decisión de continuarla o ponerle punto final. Con respecto a la ley natural que obliga a los hombres a no disponer de su vida en tanto ésta es propiedad de Dios, tan pecador sería, como dejó escrito David Hume, el hombre que se quita la vida como el que hace algo para

conservarla porque en ambos casos altera el curso que Dios le habría asignado a la naturaleza.

Puesto que la ley natural no parece suficiente, salvo para los que se aferran a un supuesto orden natural fundamentado o no en un ser trascendente, para atribuir el suicidio a un desorden mental, en la actualidad la relación entre suicidio y enfermedad mental se sustenta en los resultados de numerosos estudios epidemiológicos que encuentran que más del 90% de las personas que cometen suicidios padecen un trastorno mental, fundamentalmente esquizofrenia, depresión o alcoholismo (13).

Estamos de acuerdo en que, efectivamente y a la vista de los datos epidemiológicos, un gran número de las personas que se quitan la vida padecen algún tipo de trastorno psíquico. La cuestión es que estos resultados tienden a dejar en un segundo plano otros factores implicados en las conductas suicidas tales como los factores sociales y psicológicos. Los estudios epidemiológicos, por otra parte, adolecen de importantes dificultades metodológicas que a veces tienden a olvidarse y entre las que queremos resaltar las inherentes a la dificultad en la propia definición de suicidio, que, como sabemos, gira entorno al difícil concepto de intencionalidad (si una persona realiza una acción heroica sabiendo que la consecuencia de la realización de su acto es la muerte, ¿lo llamamos también suicidio?), a los criterios para definir lo que es una enfermedad mental y la tendencia de los médicos, como recuerda J. C. Stagnaro (14) citando a Scheff, a preferir cometer un error tipo 2 (acertar una hipótesis falsa) que cometer un error tipo 1 (rechazar una hipótesis cierta), lo que da lugar a que se realicen diagnósticos psiquiátricos en personas que no presentan alteración de la salud mental. Además, debemos recordar que gran parte de los estudios sobre el suicidio están realizados mediante las autopsias psicológicas que, como sabemos, son de carácter retrospectivo.

No podemos olvidar, tampoco, que la mayoría de los estudios de investigación sobre el suicidio reflejan los puntos de vista etiológicos de sus autores. Y, por último, tampoco queremos dejar de recordar que encontrar una relación no significa necesariamente que exista una relación causal, como bien explica Steven Rose (15) cuando habla de la lógica *ex juvantibus*.

El acento en los factores más biomédicos del suicidio lleva a olvidar otros factores implicados en las conductas suicidas tales como las condiciones sociales de impotencia y desesperanza en los llamados países en vías de desarrollo, pero también las condiciones de vida en nuestras sociedades desarrolladas a las que el sociólogo Z. Bauman (16) describe como “negativamente globalizadas, en la que cada individuo es abandonado a sí mismo... los vínculos humanos se han aflojado y se han vuelto poco fiables...en las que el miedo y los estremecimientos existenciales se han desplazado hacia áreas vitales casi siempre desconectadas de la fuente original de la ansiedad de modo que ningún esfuerzo invertido en esas áreas, por enorme que sea, puede aplacar la ansiedad”.

Considerar los factores sociales y existenciales no supone inhibirse en la prevención, la evaluación y el tratamiento de la psicopatología presente en gran parte de las conductas suicidas sino por el contrario abordar esta conducta desde una perspectiva más amplia en la que también se contemple que, en algunos casos, el suicidio puede ser el resultado de una decisión como dice V. Camps (17) sin duda trágica, pero razonada. Un acto privado a la vez que intransmisible de cada sujeto ya que nadie puede prestar testimonio sobre esta experiencia.

Y que, por último, tal y como afirma el psicoanalista F. Pereña (18) lo que lleva a una persona al suicidio, que sucede ahí, en ese instante, no lo sabremos nunca, por muchas que sean las notas dejadas por la persona que se ha suicidado. Y tal vez lo que ocurra es que queramos saber sobre la muerte porque pensamos como un personaje de una novela de A. Munro: “no había protección como no fuera el saber. Quería ver la muerte sujeta, aislada detrás de una pared de hechos y circunstancias particulares, y no flotando libremente alrededor, ignorada pero poderosa, lista para colarse en cualquier parte” (19).

### ***Psiquiatría, ética y muerte voluntaria***

*“La vida no ha ser retenida. Porque lo bueno no es vivir, sino vivir bien”.*

*Cartas Morales a Lucilio. L. A. Séneca*

La creencia de que el suicidio casi siempre está causado por una enfermedad psíquica ha disminuido la discusión ética en torno al mismo. En

los últimos años, sin embargo ha aumentado el debate sobre qué hacer cuando las personas desean terminar con su vida de forma voluntaria y solicitan ayuda, en muchos casos de un médico. En el debate acerca del derecho de los pacientes a una muerte digna hay dos posturas claramente enfrentadas. Por un lado están quienes siguiendo una idea profundamente arraigada en la cultura occidental consideran la vida como un valor absoluto, independiente de cualquier otro valor, que no nos pertenece del todo, mientras que, por otro lado, están los que aun considerando que la vida es un valor muy importante -al fin y al cabo es la consideración para cualquier otro valor-, afirman algo que apenas cincuenta años atrás nadie se atrevía a decir: que vivir no siempre es mejor que morir, y ponen más énfasis en la calidad de vida que en la defensa a ultranza de la vida. Con independencia de la postura que se adopte frente a este debate lo cierto es que el derecho de los pacientes a decidir sobre su vida cuestiona, sin embargo, las dos premisas sobre la que se ha fundamentado durante siglos la profesión médica, es decir, la de curar a los pacientes o al menos evitar que se mueran y el carácter tradicionalmente paternalista de la relación médico-enfermo.

Pero en cuanto a lo primero ya no se espera sólo de los médicos que curen a los pacientes o eviten que mueran sino que además se espera que ayuden a sus pacientes a mantener una buena calidad de vida y, cuando eso no es posible, que les orienten en la forma de morir con dignidad. En cuanto a lo segundo, como ya señalábamos en la introducción de este artículo, la relación clínica clásica ha cambiado más en las últimas décadas del siglo XX que en los veinte siglos anteriores. Estos cambios dan lugar a que el ejercicio de su profesión el médico se enfrente a situaciones complejas para las que no le sirven las respuestas tradicionales.

Aunque la Ley de la Autonomía del Paciente no especifica que deba ser un psiquiatra el que decida sobre la competencia de un paciente para decidir sobre su tratamiento sino el médico encargado del caso, lo cierto es que en el desempeño de nuestro trabajo se nos pide cada vez con mayor frecuencia que nos pronunciemos acerca de la competencia de los pacientes que rechazan un determinado tratamiento y, como

decíamos más arriba, es de esperar que en el caso de que aprueben leyes que amparen el deseo de la personas de morir con dignidad también seamos convocados a pronunciarnos en aquellas situaciones en las que se dirima este derecho.

La valoración de la capacidad de un paciente es un asunto complejo y no es el propósito de esta breve reflexión, en cambio parece oportuno señalar dos posibles riesgos al enfrentar estas situaciones. El primero de estos riesgos podría encontrarse en la tendencia en los últimos años a primar del principio de Autonomía por encima de los otros principios de la Bioética lo que, si bien corrige los excesos del tradicional paternalismo benefactor en Medicina, también implica el riesgo de utilizar la Autonomía como excusa para evitar la responsabilidad propia de la acción terapéutica. De lo que se trata es de la necesidad de compatibilizar la autonomía de los pacientes con el principio de beneficencia que obliga a los profesionales a hacer lo mejor para ayudar a los pacientes.

El segundo riesgo podría encontrarse en la tentación de usar los Comités de Bioética como comités jurídicos más o menos encubiertos y buscar de este modo una “salida legal” al dilema ético que se plantea y deje de lado la subjetividad del sujeto. Tanto primar el derecho a la autonomía como buscar un apoyo en los comités de Ética suponen una salida fácil a los dilemas a los que nos enfrentamos en lugar de buscar en la propia Ética el apoyo en nuestra práctica profesional.

### **Conclusiones**

La atribución del suicidio a una enfermedad mental no debe llevarnos a olvidar que en último caso el suicidio es siempre un acto privado, subjetivo y que por tanto no debemos dejar a un lado la reflexión ética en nuestro encuentro profesional con este tipo de realidad.

Ante cualquier tipo de muerte voluntaria estamos obligados a enfrentarnos con los dilemas éticos que conlleva sin buscar respuestas rápidas o que nos liberen de nuestra responsabilidad ética hacia los pacientes.



## Bibliografía

1. Oquendo M, Baca-García E, Mann J, Giner J. Guides for DSM-V: Suicidal Behavior as a Separate Diagnosis on a Separate Axis. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (11).
2. Fantin JC. Función de la ética en el campo de la medicina y la salud mental. En: Fantin JC, Fridman P, comp. *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Polemos; 2009.
3. Szasz T. *La libertad fatal*. Barcelona: Ed. Paidós; 2002.
4. Camus A. *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Ed.; 1996.
5. Álvarez A. *El dios salvaje*. Barcelona: Ed. Emecé; 2003.
6. Minois G. *El Suicidio en la historia*. En: Bardón C, Puig M, comp. *Suicidio, medicamentos y orden público*. Madrid: Ed. Gredos; 2010.
7. Cohen D. *Por mano propia*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2007.
8. Burton R. *Anatomía de la melancolía I*. Madrid: Colección Historia, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
9. Martínez J. Suicidio, crisis política y medicina mental en la Francia del siglo XIX. *Frenia* 2001; Vol.1-2: 39-65.
10. Martínez J. *La construcción de una nueva identidad social: alienismo y suicidio en la Francia del siglo XIX*. En: Fernández J. Fuentenebro de Diego F, Rojo A. comp. *Suicidio*. Madrid: Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría; 2008.
11. Durkheim E. *El suicidio*. Madrid: Ed. Akal; 1995.
12. Freud S. *Aflicción y melancolía*. Obras Completas. Vol. I. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1967.
13. Harris E, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 1997; Vol.170: 205-228.
14. Stagnaro JC. Apuntes para una reflexión sobre la perspectiva bioética en psiquiatría. En: Fantin JC, Fridman P. comp. *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Polemos; 2009.
15. Rose S. *Tu cerebro mañana*. Barcelona: Ed. Paidós; 2008.
16. Bauman Z. *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Ed. Tusquets; 2007.
17. Camps V. *La voluntad de vivir*. Barcelona: Ed. Ariel; 2005.
18. Pereña F. *El suicidio y la vergüenza*. Atopos 2005; 4: 4-12.
19. Munro A. *La vida de las mujeres*. Barcelona: Ed. Lumen; 2011.

## Contacto

Petra León Pérez  
caleca55@gmail.com

# El sujeto a la intemperie. La cuestión del desamparo en Freud y en Lorca

## *The subject in the open. The topic of helplessness in Freud and Lorca*

**M. Carmen Rodríguez Rendo.** Psicoanalista y psicóloga clínica. Madrid.  
Miembro de la Fédération des Ateliers de Psychanalyse de París.  
Miembro didacta de la Asociación Madrileña de Psicoterapia Psicoanalítica.  
Miembro del comité editorial de Diván El Terrible.

**Resumen:** La propuesta de este texto reside en la articulación de dos nociones que confluyen en la teoría del inconsciente y la noción de desamparo. Tras un breve recorrido por el origen en lengua alemana de la palabra “inconsciente”, revisaremos la noción de “desamparo”, su reactivación en la vida adulta, así como la particularidad de dicha palabra en lengua francesa. Observaremos como en alemán y en francés “inconsciente” y “desamparo” se atraviesan en lo referente al “ser”. Se precisarán algunas cuestiones que atañen tanto al inconsciente freudiano como a la escucha analítica para situar la posición desde la que hablamos. Freud y Lorca serán los dos autores que nos habrán de acompañar en esta búsqueda. La poesía y el arte en los textos de García Lorca, concentran a través de la figura del duende los haces de la creación. La relación con el otro y la creación como elementos capaces de tramitar el desamparo psíquico y social serán los ejes de este texto.

**Palabras clave:** desamparo, excitación, exceso, inconsciente, ser, trauma, pulsión, sujeto, creación.

**Abstract:** This text’s proposal resides in the articulation of two different notions that converge in the theory of the unconscious and the idea of helplessness. After briefly covering the origin of the German word for “unconscious”, we will revise the notion of “helplessness” its re-activation in adult life and the singularity of that word in French. We will observe how in German and French “unconscious” and “helplessness” intersect in what is related to the “being”. We will require some questions that relate both to the “Freudian Unconscious” and to the “Analytic Listening” to locate the position we are talking from. Freud and Lorca will help us in this search. The poetry and the art on García Lorca’s texts, concentrate the strands of creation through the figure of “the Goblin”. The relationship with the other and the creation as elements capable of managing the psychical and social helplessness will be the main axis of this text.

**Key words:** helplessness, excitation, excess, unconscious, being, trauma, drive- instinct, subject, creation.

En este texto hemos de recorrer diferentes itinerarios que confluyen en la noción de desamparo. Caminos inevitablemente intrincados en tanto las nociones con las que habremos de operar surgen de un marco conceptual rizomático: energía, dependencia, inconsciente, descentramiento, división del sujeto, exceso de estímulo, hasta llegar a la figura del duende lorquiano. Se ha optado por seguir fundamentalmente un camino freudiano aunque se haga referencia a Lacan, volviendo a los estados nacientes de uno y otro cuerpo teórico, en tanto el desamparo psíquico pertenece al momento naciente del psiquismo.

La idea que tutela nuestro recorrido será como ese “estar a la intemperie” forma parte de la condición del sujeto en su sentido amplio, fortalecido por lo que podríamos llamar su denominación de origen, el sujeto de lo inconsciente.

Sujeto e intemperie, son dos palabras, dos significantes que reúnen el descubrimiento freudiano de lo inconsciente y la noción lacaniana de sujeto (1), que es “el que está debajo”, el que está sujetado, no solo como en el caso del neurótico, que está impedido, retenido por alguna inhibición, sino sujetado a lo inconsciente. Tanto si habla con la locuacidad de la histeria o si calla en el silencio doblado de la melancolía, está a la intemperie. Intemperie es la metáfora que hemos elegido para hablar del desamparo psíquico. Para atravesar la alianza entre la angustia ante un peligro real y la angustia pulsional, llamada por Freud, angustia neurótica.

### A la intemperie

En una época como esta, en que la fragilidad simbólica se ha hecho aún más presente, la actualidad del desamparo no viene dada por la teoría psicoanalítica sino por este momento social que impacta en el psiquismo y en el que se le invita al sujeto a convivir con el miedo y por lo tanto, lo deja a la intemperie. Si el miedo se ha transformado en nuestro socio de vida nos vemos obligados a instrumentar medios, artefactos, herramientas, que nos hagan soportable nuestra convivencia con él. El miedo en sí mismo ha renovado su categoría. De objeto de angustia infantil, onírico, ha devenido compañero inseparable *del escenario de la modernidad líquida* de la que habla Zygmunt Bauman. Ha dejado de operar su función de límite

y de protección, para desencadenar su lista inacabable de peligros que nos acechan desde la tarjeta de crédito hasta nuestros sueños.

Nuestros sueños, nuestros proyectos necesitan de una expectativa de continuidad. Así como nuestra salud física y psíquica responden a una continuidad discontinua, a una continuidad atravesada por la sincronía, (teniendo en cuenta diacronía y sincronía como los dos ejes del lenguaje), así como el pasado opera en el presente, el futuro es un verbo que se tiene que poder conjugar para poder vivir y para poder crear.

Afortunadamente en este momento social, el miedo nos aporta la desconfianza. En el lazo social esa desconfianza nos deja aún más solos, pero al mismo tiempo nos permite no fiarnos de una determinación del futuro donde nos auguran “daños colaterales” sin retorno. El lazo social está siendo tiranizado, ahora también por la tiranía de los mercados, pero ésta es la heredera de la tiranía de la velocidad.

La “prima de riesgo” en la relación con el otro se ha disparado, de ahí que la relación con el otro en presencia haya sido sustituida por la red social, en la que es posible conectarse y desconectarse fácilmente. Dada esta situación podemos elegir entre dejarnos atrapar por la “persecución perseverante” de los medios que presagian el supuesto desmoronamiento de la civilización, podemos abundar en la utilización de los prefijos *im: imposible, imprevisible, imprevisto*, o asumir a pesar de nosotros mismos, que **la barbarie nunca ha sido desalojada de nuestra aparente mansedumbre**.

Si en la relación con el otro no abrigamos la ilusión de la garantía, ni de la seguridad, si no podemos conjugar el futuro de los verbos, por qué nos hemos de solidarizar con la certeza del horror del porvenir. ¿Por qué debemos creer que horror y futuro son sinónimos? Si hemos perdido las garantías y la seguridad también nos podremos librar de la inmovilidad de las certezas. Quizás no se trata de que el mundo se haya vuelto más inestable, sino que **la inestabilidad y la fragilidad de la vida han quedado al descubierto**.

La “*industria de la cultura*” y por lo tanto la creación, pueden ser las herramientas que nos permitan protegernos de la caída que nos vaticinan las

agencias de calificación de nuestras deudas. Tanto Paul Auster como Pavesse ya han dicho que ni la literatura ni la poesía habían demostrado hasta la fecha su capacidad para cambiar el mundo. Su inutilidad, (otro prefijo *in*), reside en que no tienen valor de uso financiero. Pero qué nos impide urdir una separación de esa “inutilidad” y seguir inventando nuevas formas de lidiar con la pulsión de muerte desde la anónima singularidad de cada sujeto.

La lógica del trabajo analítico y terapéutico no transcurre en un espacio global, su escenario es íntimo y singular, y allí también encontramos el **exceso** que ha nutrido al síntoma. La “modernidad”, los llamados “avances modernos”, anidados de grandeza, encanto, confort, progreso y potencialidad suicida, han mostrado su incapacidad para frenar el exceso y el despilfarro. Los que han implementado esta modernidad de atajos, probablemente no hubiesen desencadenado un ritmo de aceleración que está atravesando los límites de la capacidad de resistencia del planeta, si no se hubiese sustraído la función preservadora de la represión. **La transferencia al saber se ha ido despintando y el exceso de color ha recaído en un deseo de eficacia, que certifique un paso efímero por el dolor.**

Si nuestra estabilidad psíquica puede ser desalojada del amparo que le proporcionaba la relación con el otro, si el porcentaje de la energía psíquica que debería ser destinado al lazo social es desviado a la promesa virtual de un encuentro con el otro sin compromiso y sin débito, habremos abierto las puertas a la ignorancia, tan ciega y tan sorda como lo es la violencia bajo el imperialismo del miedo.

Así como forma parte de nuestra responsabilidad subjetiva asumir que no hay inmunidad ante la muerte, ¿qué nos imposibilita abandonar los ecos de la muerte que nos proponen como metáfora social? Ya sabemos que la confianza se ha convertido en sinónimo de inocencia, de candor rosa o amarillo empastelado y de naturalidad superficial. Para el lazo social esta es la peor crisis. La huida del conflicto, la depreciación de la palabra han puesto en alza el miedo y la resignación. Lo peor, es que a estas alturas los residentes del miedo siempre podríamos tener razón. Esa razón tan narcisista como nuestra ética solo se mueve sin arriesgar, en los hedores del miedo.

### **Descentramiento y división**

Freud despoja a la conciencia del hombre del centro del universo con su invención de lo inconsciente. Este corte epistemológico conocido como la tercera injuria, constituye después de los pasos de Darwin y Copérnico, la tercera herida narcisista que el hombre tendrá que soportar. Freud busca en Copérnico el antecedente de un descentramiento. Copérnico a su vez lo había buscado en Aristarco de Samos nacido en el 310 antes de Cristo.

Copérnico como Aristarco con la teoría heliocéntrica afirman que la tierra no estaba en el centro. Ellos consiguen detener al sol y hacer girar a la tierra. Mientras la tierra gira, nosotros con ella y con un saber inconsciente que el yo desconoce. Nos referimos al *desconocimiento crónico* y a la soledad de un sujeto que solo asintóticamente rozará su saber. La famosa frase de Freud: “Wo Es war soll ich werden/ donde Ello hubo Yo advendrá”, anticipa la división y el desconocimiento de un sujeto que **desde el desamparo tendrá que hacerse palabra para ponerse al abrigo del otro.**

Ese saber inconsciente retorna como un texto ignorado desde lo reprimido, o como una palabra que en el sueño nos cuenta algo de nuestro deseo, que no es un jeroglífico, sino un *texto sagrado* con lugares ocultos, censurados, que el discurso puede llegar a desvelar a través del relato del sueño, que por obra de la elaboración secundaria, como tal sueño quedará perdido para siempre.

Freud marca un nuevo corte, avanza y supera un obstáculo: el de la conciencia. La conciencia dice “quien soy, yo” y Freud da un salto en la episteme y le dice al yo que cuando habla tropieza y que deberá recorrer un trayecto para que el que pregunta “¿quién soy?” se lo cuente al yo. Podríamos decir que como consecuencia de este descentramiento, en este ¿quién soy yo? ya se anuncia el concepto de *Spaltung*. Esta división psíquica implícita en los trabajos psicopatológicos de finales del XIX, aparece especialmente nombrada como *doble conciencia* o *disociación psíquica* en los textos sobre hipnosis e histerias.

Lacan por su parte descubre al *sujeto freudiano* del deseo inconsciente y también lo separa del centro. Sujeto que al acceder a lo simbólico

quedará dividido. Esboza a este sujeto que será un efecto de su inmersión en el lenguaje en el momento del *estadio del espejo*. Marcado por la falta, dirá Lacan ha de iniciar su andadura como protosujeto en una relación de dependencia con su imagen especular. La imagen le devuelve un cuerpo que ve unificado, que fascina a la cría humana, sin autonomía y sumido en la impotencia motriz. Entre la cría humana y la imagen ya hay un tercero, un adulto que viene a certificar el encuentro; tercero que encarna la metáfora del *Nombre del Padre*, operador simbólico del Edipo, cuyo inicio se localiza ya en el umbral del proceso de maduración que llevará a esa experiencia de identificación fundamental en la que la cría humana realiza la conquista de la imagen de su propio cuerpo.

Esta *identificación primordial* del niño con su imagen, que promueve la estructuración de un yo (Je) que pone un punto final a la vivencia psíquica del *cuerpo fragmentado*, al mismo tiempo coloca a ese yo unificado sobre un eje imaginario, pero con metáfora. Este momento estructurante advierte que la dimensión simbólica permitirá que el niño se desprenda de su atadura imaginaria con la madre, para acceder a la categoría de sujeto deseante elevado a la dignidad de la castración. Al no poder cerrar el circuito de la necesidad, la cría humana que nace en un universo lingüístico ingresa en la especie: al hacerlo pedirá, hablará y en su búsqueda irá resignando el objeto de la necesidad al servicio de la demanda de amor. De aquí solo un paso hasta llegar a la pregunta por el deseo del Otro, ¿qué quiere que sea yo?

En conclusión el sujeto inicia la conquista de su identidad en una alienación imaginaria de la que habrá de desprenderse, obteniendo a cambio el beneficio de una nueva alienación: el deseo de ser parlante lo hace cautivo del lenguaje. Para Lacan este sujeto del inconsciente, dividido y marcado por la falta es el que está operando en el psiquismo y por eso “ello habla de él” en su discurso y sin que él lo sepa.

### **La noción de inconsciente**

La palabra **inconsciente** en el lenguaje corriente es utilizada como adjetivo que califica contenidos psíquicos ajenos a la conciencia. Lo inconsciente,

en cambio, (artículo neutro + sustantivo): *das Unbewusste* viene de *das Bewusste*, lo consciente. Deriva de “la consciencia” como sustantivo *das Bewusstsein*, no la conciencia moral, sino “la consciencia” con “s” según la traducción de Lopez Ballesteros designa la instancia psíquica. Es interesante remarcar que la palabra *Bewusstsein* está compuesta por *Bewusst* y *sein*, “consciente” y el verbo “ser/estar”.

Desde el siglo XVIII, “lo inconsciente” es empleado de forma conceptual en lengua inglesa, por un jurista escocés, con el significado de no-consciente, luego será muy utilizado en Alemania en la época romántica englobando a los contenidos que escapan a la consciencia. En el siglo XIX es introducido en lengua francesa, siendo admitido en la segunda mitad del mismo siglo por la Academia Francesa de la Lengua. También a lo largo del siglo XIX, Nietzsche, Schopenhauer y la filosofía alemana, presentan una concepción del inconsciente que se opone al punto de vista terapéutico de la psiquiatría dinámica de la época. Pone de relieve el lado tenebroso de una psiquis que se adentra en las profundidades del ser. Inicialmente la utilización del prefijo “Un” de *Unbewusste* que indica “no”, es decir “in”, generó la confusión inicial que llevó a concebir llanamente lo inconsciente como lo no-consciente.

En medio de unos y otros Freud inventa una concepción inédita del inconsciente: la dimensión subjetiva. Una noción (2) que remite a la “**otra escena**” inseparable de la **experiencia de la cura**.

Dentro de la elaboración freudiana de la primera tópica, sabemos que lo inconsciente tiene categoría de instancia o sistema, y se afirmará que gravitan en él, contenidos reprimidos que han escapado a otras instancias y a los que les ha sido negado el acceso a ellas (Pcs-Cs). ¿De qué contenidos se trata? No de las pulsiones, ya que ellas no podrán devenir conscientes, sino de algo así como de sus delegados, erigidos sobre las huellas mnémicas: los “representantes de las pulsiones” (3) regidos por los dos mecanismos propios del proceso primario: condensación y desplazamiento. Al estar enérgicamente cargados por las pulsiones, estos contenidos, entre los que habitan “los deseos infantiles”, insistirán en retornar a la consciencia y a la acción a través del “retorno de lo reprimido”. Estos contenidos, que han de

diferir solo en la intensidad de su carga, estos argumentos del origen en suma, al estar poblados por las pulsiones, insisten pero sin desistir en descargar su carga pulsional en nombre del deseo. Sin embargo el acceso al sistema pre-consciente-consciente lo encontrarán a través de una solución de compromiso, (noción elaborada por Freud a partir del trabajo del sueño), donde la censura conseguirá la deformación necesaria que será condición de paso. Reconocemos aquí la permanencia en la obra de Freud del concepto de energía presente desde el “Proyecto de una psicología para neurólogos” representado en el esquema del peine, así como el valor sustantivo de la palabra inconsciente.

En la segunda tópica, inconsciente se emplea ya como adjetivo y los caracteres atribuidos al inconsciente van a calificar al Ello, y a una parte del Yo y del Super Yo. Permanece la división inter-sistémica aunque no lo hace en sentido estricto y se pasa a la división intrasistémica, donde Yo y Super Yo tendrán una parte pre-consciente y una parte inconsciente.

Estas consideraciones tópicas de lo inconsciente como sistema no pretenden obviar su valor dinámico presente a lo largo de toda la obra, sino disponer del marco que el autor diseñó para él. Decíamos que el inconsciente freudiano se revela en la cura. A través de la escucha analítica Freud plantea un nuevo corte con el diálogo habitual. Nos referimos a cómo a través de la superficie del discurso, de su estilo y de sus tropiezos, se suspende el tiempo de la comprensión, para privilegiar el desvelado de significaciones que se derraman en el decir del sujeto.

Sabemos que a cada sujeto en análisis se le propone el “hablar por hablar”, un hablar sin seleccionar, propuesta subversiva y difícil aún cuando pareciera aceptada con agrado. Lo importante será no tanto lo que intenta decir, sino las dificultades para decirlo. La contradicción, el tropiezo, el asombro, a veces la confusión o el olvido e incluso el desconcierto ante la sorpresa de haber dicho lo inesperado, serán las puntas de su saber inconsciente. Esta deriva del discurso tendrá un tiempo de concluir. Un corte que introduce la intervención del analista. Cierre y apertura caracterizan a la interpretación en tanto algo de la palabra queda rasgado para abrir un nuevo sentido. En ese rasgado aparece el

**sujeto**, en lo más recóndito, abajo, surgiendo desde el origen, de donde viene el arte que desde su **intemperie**, le transforma en creador, cuestión que retomaremos luego.

### *La noción de desamparo en Freud*

En la obra de Freud el término desamparo es elegido para especificar el estado del recién nacido, que por su prematuridad es incapaz de realizar movimientos, acciones específicas para satisfacer sus propias necesidades y por lo tanto completamente dependiente del cuidado y asistencia de un adulto. Este hecho singular que se prolonga en la cría humana a diferencia de otras crías animales, como por ejemplo el mono, fue retomado por Lacan en el artículo al que antes nos hemos referido, “El estadio del espejo” de 1936. Como hemos adelantado esta tesis de Lacan provocaría un giro interesante ya que esta dependencia sería generadora de un desconocimiento crónico, de un saber ajeno al sujeto, un saber que viene del otro, como consecuencia de la identificación imaginaria con una imagen del cuerpo **unificado**. Al articular: dependencia-desconocimiento-saber sitúa la división del sujeto y prepara el sustrato teórico para su famosa fórmula: “el inconsciente está estructurado como un lenguaje”.

En los Manuscritos inéditos de Freud que se acaban de publicar, recopilados por J. C. Cosentino, podemos leer que Freud había dicho en “El Yo y el Ello”: “Sobre la base de consideraciones teóricas, supusimos una pulsión de muerte, que se plantea el cometido de conducir lo orgánico, viviente, de regreso al estado inanimado, mientras el Eros tiene ante sí la meta de complicar la vida a través de la **unificación** cada vez más vasta de la sustancia viviente desperdigada en partículas” (4).

La **ilusión de unidad** cumple entonces una función apaciguadora ante la angustia dispersante, mientras que el exceso de excitación amenaza el equilibrio del aparato psíquico. De ahí que la pulsión de saber busca el sentido para calmar con una unidad ilusoria el vacío abierto por la angustia. Este hecho clínico se evidencia en toda quiebra psíquica, siendo un elemento particularmente diferenciado en la llegada al análisis del hijo del psicótico que recrea de manera ejemplar la pulsión de investigación.

La cuestión del desamparo, *Hilflosigkeit*, es consecuencia de un exceso de *Reize*, estímulo, excitación. El verbo *Reizen* y el sustantivo *Reiz* pueden designar tanto los estímulos que llegan de fuera y desencadenan algo, como una sensación interna. Desamparo es una palabra tomada del lenguaje corriente. Adquiere una dimensión específica en la teoría freudiana. Esta palabra nombra algo esencial que devendrá, en la teoría psicoanalítica, cualidad de lo inconsciente, la **“alteridad esencial del sujeto” que tiene su origen en la dependencia del otro**. El estado de prematuridad del lactante marca con su impotencia ese estado de tensión interna que duele, por hambre o por sed, y que lo empuja a una llamada a otro, a través de su primera lengua, el llanto. A través del dolor la cría humana demanda una acción adecuada por parte del adulto que ponga fin a su estado. En el adulto, por lo tanto, el desamparo caracteriza a la situación traumática por excelencia generadora de angustia.

“En Freud, es antigua la idea de que el *exceso* de *Reize* es vivido por el sujeto como algo avasallador que lo lleva a un estado de desamparo (*Hilflosigkeit*). El término *Hilflosigkeit* está cargado de intensidad, expresa un estado próximo a la desesperación y al trauma. Ese estado es semejante al vivido por el bebé, que después del nacimiento es incapaz por las propias fuerzas, de retirar el exceso de excitación por vía de la satisfacción, y sucumbe a la *Angst* (miedo, eventualmente ansiedad o angustia); aun habiendo en 1926 reformulado su teoría sobre la *Angst*, Freud mantiene la idea de que el sujeto expuesto al exceso de excitación vive una situación de desamparo, necesitando lidiar (*bewältigen*) con el torbellino de estímulos que lo acometen.”(5)

*La primera experiencia de satisfacción* desarrolla en “La interpretación de los sueños” muestra la marca que especificará la estructuración del psiquismo. Psiquismo investido desde su constitución por la relación con el otro. En “Inhibición, síntoma y angustia” dentro de una teoría de la angustia, en uno de los apéndices del final de este texto Freud dirá: “De acuerdo con el desarrollo de la serie angustia-peligro-desvalimiento (trauma), podemos resumir: La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma,

que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro.” Un poco más adelante va a afirmar: “...lo decisivo es el primer desplazamiento de la reacción de angustia desde su origen en la situación de desvalimiento hasta su expectativa, la situación de peligro” (6).

Luego hay un salto importante que Freud realizará entre 1900 y 1926. Discurre desde el cuerpo biológico al cuerpo psiquizado. Siguiendo sus pasos podríamos decir: el niño psiquizado por una identificación primordial promovida por la angustia de fragmentación, consigue un cuerpo a través de una imagen incapturable de unidad que le asigna una pertenencia a la especie.

Será esa pertenencia la que permitirá al niño independizarse de sus “vivencias de necesidad” para asistir a las “vivencias de dolor” (7). En ambos casos el incremento de angustia soportaría el *exceso*. Una vez más resurge la idea de sobrecarga que amenazaría el equilibrio del aparato psíquico con el consecuente riesgo de desestabilización. La noción de “descarga” es el término económico que surge dentro de los modelos físicos que propone. La “descarga” consistirá en la evacuación hacia el exterior de la energía sobrante originada por las excitaciones internas, la exigencia pulsional, o las situaciones de peligro que amenazan desde fuera. En el texto de 1926, Freud va a distinguir la angustia del miedo. Mientras la angustia es sin objeto, el miedo es con objeto. Aunque la angustia tiene relación con la expectativa, a su vez: “Lleva adherido un carácter de *indeterminación* y *ausencia de objeto*; y hasta el uso lingüístico correcto le cambia el nombre cuando ha hallado un objeto, sustituyéndolo por el de miedo” (8).

Esta angustia sin objeto es la que emerge cuando el “desamparo” se reactiva en la vida adulta. El sujeto se queda a la intemperie. Se ha producido una maniobra en la que concurren el peligro externo y el interno. En esta concurrencia se halla “el nexo con la situación traumática”: exigencia pulsional y amenaza exterior. (9) El estado de desamparo se considera el prototipo de la situación traumática. La reactivación del desamparo pone de manifiesto otra característica esencial del inconsciente freudiano: lo inconsciente permanece siempre activo, lo que se ha intentado suprimir ejerce presión y puede rebrotar (10).

Al ser **prototipo de la situación traumática** retornará aquella angustia indeterminada y desbordante, y aquella unidad imaginaria del cuerpo propio al servicio de neutralizarla. Pero cuando fracasa la unidad y se produce un fallo de inscripción la dispersión angustiante rompe al sujeto y lo quiebra, siendo la experiencia de la soledad una de sus características. Un fallo psíquico, por ejemplo en la generación anterior, puede provocar que en la construcción de su subjetividad el sujeto se haya sentido amenazado en su pertenencia a la estirpe. Las experiencias de abandono y de separación pueden inyectar en el sujeto la sensación de estar sin salida.

Desde la posición del analista no se trataría de ahogar con sentido lo que en la quiebra psíquica del neurótico lucha por expresarse, sino de crear un sentido inédito atravesado por su pulsión de vida al servicio de un momento en que su existencia se declara indigente. Debemos reconocer que esto no se hará sin violencia. Este sujeto a la intemperie tendrá que violentarse y ser violentado en su narcisismo más mortífero para construir una salida también inédita. En el narcisismo mortífero podemos encontrar la simiente de la soledad que inunda la quiebra psíquica.

Vamos a retomar *la cuestión del ser* y posteriormente la figura lorquiana del duende después de señalar el punto de cruce entre la palabra alemana: “consciencia” y la palabra francesa “desamparo”. La metáfora del duende la pondremos al servicio de una mejor comprensión del desvalimiento radical que nos habita. El trabajo de la metáfora es el trabajo y el efecto del lenguaje. Un significante, una palabra, se borra por la acción metafórica, pero aquel significante permanece rechazado. Rechazar no es igual a desaparecer. Lo rechazado para el psicoanálisis es aquello con potencialidad de retornar desde lo inconsciente, es capaz de rebrotar. Un trazo del ser que transformado es capaz de presentarse de una manera nueva, también por efecto de metáfora.

El ser a través de la metáfora estará dispuesto a dar el salto. Para nombrar solamente unas pocas referencias de uso idiomático diremos que *ser* en lengua castellana se corresponde con *essere* en latín, *être* en francés, *sein* en alemán, *to be* en inglés. Este *ser* del que hablamos no es el verbo cópula, sino el *ser* en su sentido existen-

cial. Escrito con mayúscula o con minúscula nos estamos refiriendo a lo que existe. La pregunta por el ser, desde Grecia con los presocráticos ha atravesado el horizonte de los tiempos y se han hecho notar algunos rasgos dignos de mención ante esta pregunta. Cualquiera que sea la idea filosófica al respecto, vamos a recoger éste *ser* conceptual incluido en esas dos palabras que nos conciernen como sujetos, *inconsciente* y *desamparo*, y de esos rasgos del ser, nos ceñiremos solo a aquellos que nos interesan. Uno de ellos (11) “es que se supone que el ser de las cosas no está inmediatamente presente... el ser se halla oculto por la apariencia”. Si recordamos a Heráclito y al constante devenir del que hablaba, también tendremos presente que ese cambio puede estar oculto y ser algo a descubrir. Para Ortega y Gasset la pregunta por el ser es la consecuencia de que se haya producido un hueco en el sistema de creencias (religiosas, mitológicas, etc.). La pregunta en este caso y según él estaría indicando que ese hueco precipitaría al hombre en un: “sentirse perdido”. Así como partimos del hecho de que no hay sistema de creencias sin fallo, sin agujero, también advertimos que los sistemas de creencias son andamiajes sostenedores del desamparo, de ese hombre “perdido”, ya que proporcionan a los miembros de una comunidad esa ilusión de “estabilidad” que neutraliza la angustia de muerte. Cuando ese espejismo se evapora el agujero intimida a un sujeto que siente que puede ser devorado por él.

Decíamos que la palabra alemana para la consciencia como instancia psíquica era *das Bewusstsein*. Decíamos que *das Bewusstsein*, “la consciencia” con “s” designaba la instancia psíquica. *Bewusst-sein*, condensa: consciente y ser/estar: un estar del ser y el ser del estar. Luego “lo inconsciente” en lengua freudiana, nombra un lugar para el ser y el artículo seguido de un sustantivo-adjetivado, se insinúa como una guía para quien quiera conocer sus contenidos y sus leyes de funcionamiento.

En lengua francesa la palabra *détresse* nombra al desamparo y contiene en su interior el verbo *être*. Encontramos nuevamente al ser aquí y su relación con el desamparo originario: *d-être-sse*. La cuestión del desamparo (*détresse*) no se descuelga de su ligadura al ser. Dicho en otros términos: ni el desamparo nos suelta ni nosotros lo soltamos a él.

El acto de hablar es como el caudal del río de la vida por donde la lengua fluye, por donde brota su

propio ritmo en el que su discurso se despliega y donde antes o después el ser aparece y se presenta tan rasgado y fragmentado que evoca su origen.

El desamparo lo exhibe quebrado, pero será su quiebra, ese momento que conocemos como la quiebra psíquica, donde el ser vuelve para intentar un nuevo cierre en aquella cicatriz que se reabre (12). También en el desamparo hay un adentro y un afuera en una banda bilátera: su destino y su creación. Como el acto de hablar está unido al tiempo, para el desamparo su tiempo es ahora y esta unión es la que hace que el habla sea tocado, por ese latido del ser.

La reactualización del desamparo otorga al sujeto, al modo de una banda de Möebius una unidad de dos caras: desgarró y pulsión de vida que la cría humana anticipa en su nacimiento. Metáfora de apertura, metáfora del trabajo inconsciente recreada en algunos pasajes de la obra de Lorca con el laconismo sintáctico de su prosa.

El acto analítico es un acto poyético, creación del intervalo de apertura del inconsciente que suscita un efecto de sentido en la vida del sujeto, y difícilmente transmisible en la instantaneidad de su producción.

La prosa lorquiana nos aporta el andamiaje de su condición sustantiva y enérgicamente poética para prestar al concepto psicoanalítico su entramado metafórico. Hay en Lorca una voluntad de transmisión, de dialogar con el lector. Busca en sus conferencias llegar a los huesos del que escucha sin tolerar, como su poesía, una posición de indiferencia. Su expresión anticonformista indaga en las formas de liberar la palabra, porque el poeta sabe que mientras *el duende lucha, la muerte obra*.

Recordaremos ahora algunos pliegues del cultivo de su prosa que se adelantó a su poesía. En la madurez de su prosa se alejará del testimonio y será como dice García-Posada *la prosa de un poeta*. La trayectoria de sus conferencias arranca con la versión inicial de la conferencia sobre el cante jondo, en 1922, para concluir entre otras, con el Homenaje a Luis Cernuda en 1936, una de sus últimas alocuciones. Centramos nuestro recorrido fundamentalmente en su texto “Juego y teoría del duende”. Esta conferencia junto con una precedente “Imaginación, inspiración y evasión”, son consideradas como las prosas que

abrigan su mayor intensidad poética en tanto consiguen escalar el aire, mover y transformar los bajos fondos del ser.

Su mirada acierta cuando elige al “cante jondo” y a la “pena negra” como figuras que recrean lo que se deshace en ellos para resurgir en la fuerza de sus notas con la pasión violenta de la condición humana, intransigente ante la resignación. En la “Arquitectura del cante jondo” expresa su impulso por rescatar lo jondo de la desvalorización, del olvido y el desprestigio. Vuelve a las antiguas canciones populares porque en ellas lo jondo es lo que está teñido de negro y de misterio, pero grita, y por eso recupera una canción popular: *Flores, dejadme;/ Flores, dejadme;/ que aquel que tiene una pena/no se la divierte nadie* (13). A diferencia de “El grito” de Munch que nos arroja el fracaso de la voz del desgarró, aquella voz silenciada se abre en la llamada inconfundible de la voz rota y audible en el cante jondo. Allí es donde encuentra Lorca la dimensión del grito del desamparo, al que calificará de *grito terrible con capacidad de dividir el paisaje*.

Podríamos decir que la pasión por transmitir es una característica del cante jondo y la condición para convocar al duende. Porque el duende es un intérprete, un emisario de Eros convocado por y para desalojar a la muerte.

La silueta del duende es tomada de Manuel Torres artista andaluz de quien Lorca decía que era: “el hombre de mayor cultura en la sangre” (14) quien dijo escuchando a Falla: “Todo lo que tiene sonidos negros tiene duende” (15). Esos sonidos negros serán metáfora de misterio pero a la vez serán la síntesis de un poder. La idea de la lucha, es abrazada por la poesía y la prosa lorquiana.

Un viejo maestro de la guitarra decía que: “El duende no está en la garganta; el duende sube por dentro, desde las plantas de los pies” (16), es decir, es una creación en acto, como el *kairós* de los hipocráticos. Un tiempo de intervención intransferible, un espacio en el que el ser se presenta ante el oído atónito del que escucha.

Pedía Lorca que no se confundiera a este duende que la filosofía no explica, ni con el demonio de la duda, ni con el *diablo católico destructor y poco inteligente*, oscuro y estremecido. Lo distingue del ángel y de la musa. El ángel conduce, *anuncia y previene*, está por encima y el hombre se aprovecha

de él y crea sin esfuerzo. La musa en cambio dicta, *despierta la inteligencia* y esa inteligencia puede transformarse en su enemiga, porque la inteligencia en ocasiones limita la creación.

En cualquier caso *Ángel y musa vienen de fuera*, en cambio “al duende hay que despertarlo en las últimas habitaciones de la sangre” (17). Hay que desdeñar al ángel y a la musa y buscar al duende para luchar con él. Para buscarlo *no hay mapa ni ejercicio*. Se sabe que agota, que se apoya en el dolor humano.

Lorca penetra en el arte de los artistas del sur de España, guitarristas, bailaores y cantaores e intuye que algunas veces encuentran al duende, como le ocurrió a una de ellas, la Niña de los Peines, de quien dice que una noche tuvo que desgarrar su voz, empobrecer su talento y su seguridad, y dice Lorca textualmente: *quedarse desamparada* para que su duende se hiciera presente y luchara con él. Este quedarse desamparada, así como la afirmación de que su llegada supone siempre un *cambio radical* nos reenvía al desamparo psíquico y a su doble cara, la amenaza y la salida.

La cría humana que llora necesita de otro que la sostenga, que la nutra, pero mientras llora, pide, incluso le exige a la fatiga del otro que le atienda. En el origen latino de la palabra llanto, que deriva de *planctus* y *plangere* se hace presente la fusión de lamentarse y golpear o golpearse. El llanto es como el verso desnudo donde Lorca escribía que solo allí la verdad podía ser dicha. La violencia anida junto al lamento. Amenaza y salida forman parte de la arquitectura del desamparo.

La cría humana roza desde el nacimiento el borde de la muerte, primero por indefensión y dependencia, luego por obra de su narcisismo. Desamparo y muerte guardan una vecindad que en ocasiones abraza las palabras del sujeto, hasta dejarlo sin aliento y sin palabra. El duende también es convocado por la cercanía de la muerte: “Con idea, con sonido, o con gesto, el duende gusta de los bordes del pozo en franca lucha con el creador. Ángel y musa se escapan con violín o compás, y el duende hiera, y en la curación de esta herida que no se cierra nunca está lo insólito, lo inventado de la obra de un hombre” (18).

Este duende que decimos se aloja en el desamparo no se repite, de ahí su importancia. Si desde

el origen de la vida estamos colgados del desamparo entreteniéndolo a la muerte bajo un tibio sol, resignemos el lado mortífero del narcisismo para luchar con el duende, para salir de ese tiempo en que el desamparo, cuando irrumpe nos suspende. Es en la quiebra psíquica, momento de reactivación del desamparo en el adulto, cuando la soledad esencial que nos habita atenta contra los recursos del sujeto. Esa soledad se precipita por diferentes motivos, por los varios encuentros con el vacío que ofrece la vida, ante la vivencia de separación con un Ideal sobre el que fue proyectada la ilusión de seguridad. Es la fragilidad del lazo social, del vínculo con el otro la que la impulsa.

Decíamos que era en el cante jondo y su *quejío* donde Lorca encuentra la dimensión del grito terrible con capacidad de dividir el paisaje. Grito desgarrado del nacimiento y del sujeto del desamparo. Sujeto dividido y separado de su saber, saber que a su vez le concierne. Tristeza de ser él su propio enigma (19), “a solas con su paisaje interior”.

## Conclusiones

El “estado de desamparo” es el nombre dado por Freud a la situación de dependencia del recién nacido. Ese estar inacabado, incapaz de suprimir por sí mismo el exceso de tensión provocado por diferentes estímulos como el hambre, tiene como consecuencia a través de la primera experiencia de satisfacción, investir al adulto que le ampara, de una omnipotencia atribuida habitualmente a la madre o a quien ejerza su función. Para Lacan la prematuridad de la cría humana le lanza de la necesidad al deseo. Al no poder cerrar el circuito de la necesidad la cría humana va a devenir sujeto; un ser hablante marcado por la identificación con el otro de la imagen especular. Al inscribir la unidad imaginaria que le ofrece la imagen, unifica la dispersión angustiante que experimenta. Operación imposible sin el otro. Por eso el desamparo constituye la prehistoria de la cualidad del inconsciente: la alteridad esencial del sujeto que tiene su origen en la dependencia del otro. En uno y otro autor la unidad o unificación aporta el marco en donde confluyen: la amenaza exterior y la exigencia pulsional. Otra característica del inconsciente freudiano se pone de manifiesto cuando se reactiva el desamparo: lo inconsciente permanece activo, lo que fue reprimido ejerce presión e intenta rebrotar.

El desamparo se considera el prototipo de la *situación* traumática. Sin embargo, a partir de ella el sujeto ingresa en una trayectoria que hará de aquella *situación* una *dimensión traumática*. La reactivación del desamparo se va a producir, aunque con diferente magnitud, al ser impactado el sujeto por un acontecimiento que haga eco en su marca traumática en el curso de su vida. Cada vez que algo abrupto irrumpa desde fuera o desde dentro ese episodio traumático entrará en conexión con el desamparo originario.

La barrera protectora antiestímulo de la que hablaba Freud será dañada. La angustia será la respuesta. Algo de lo irreductible de la pulsión, lo no ligado a ninguna representación, a ningún significante, habrá perforado la barrera de protección, barrera de palabras, de significantes. Por eso decimos que se trata de una perturbación en la economía del sujeto, porque el incremento de las magnitudes de estímulos es lo que produce la situación de peligro y dispara la angustia traumática que rompe la dimensión homeostática del psiquismo. En tanto coincidan peligro externo y peligro interno el aumento de las magnitudes de estímulos, que esperan ser gestionadas para su descarga, producen el desvalimiento psíquico, cuando fracasan los esfuerzos del Principio del Placer por dominar la descarga de la excitación. Al quedar suspendida la función del Principio del Placer por la exigencia pulsional que equivale al desligamiento de pulsión y deseo, la escena psíquica no se sostiene. El sujeto se rompe porque se queda sin historia.

La creación como salida permite resignifica lo traumático e implica adoptar el riesgo del exceso que anida en el desamparo. Este desamparo, este “no estar al abrigo de” se enfrenta con lo indecible, con una incertidumbre en que la única respuesta es la angustia. Caída del último velo. El desvalimiento desvela la angustia.

### Notas del texto

(1) A partir de 1953, del establecimiento de los tres registros: imaginario, real y simbólico y de su escrito conocido como el Discurso de Roma que inaugura su retorno a Freud: “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, Lacan va a desarrollar una concepción

substancialmente diferente del inconsciente freudiano, a partir de su teoría del significante, definirá al inconsciente como el discurso del otro, después del Gran Otro, lugar del puro significante que marca el clivaje del sujeto. En el texto citado dirá:...”el psicoanálisis no tiene sino un *médium*: la palabra del paciente. La evidencia del hecho no excusa que se le desatienda. Ahora bien toda palabra llama a una respuesta.”(Escritos I p. 69) para Lacan esa palabra que tiene un oyente será el meollo de su función en el análisis. La traducción que hace Lacan de la frase de Freud *Wo es war soll ich werden* de 1933 le llevará a afirmar que no se trata de privilegiar el Yo-Moi, autónomo, de la Ego Psychology, sino de hacer surgir en el lugar del Ello la llegada de un Yo, sujeto del inconsciente. Más adelante en 1958 añadirá que el inconsciente tiene la estructura radical del lenguaje para acabar declarando en su seminario Aún, que “El lenguaje es la condición del inconsciente”.

- (2) Roudinesco y Plon subrayan la síntesis que Freud realiza aprovechando las enseñanzas de Charcot, Bernheim y Breuer que le conducen hacia el psicoanálisis. La idea de inconsciente explicitada por Freud está datada en la carta a Fliess de diciembre de 1896, donde aparece por primera vez la noción de aparato psíquico.
- (3) Así los denomina Freud en su artículo: *El inconsciente* de 1915.
- (4) Cosentino J. C.: en el Borrador del capítulo 5: “Las dos clases de pulsiones” p. 103. Sigmund Freud, El Yo y el Ello. Manuscritos inéditos y versión publicada. Texto bilingüe.
- (5) Hanns L. A.: Diccionario de Términos Alemanes de Freud.
- (6) Freud: *Inhibición, síntoma y angustia*. 1926, p. 156.
- (7) Freud: *Ibid*: “Empero, no dejará de tener su sentido que el lenguaje haya creado el concepto de dolor interior, anímico, equiparando enteramente las sensaciones de pérdida del objeto a su dolor corporal”, p. 159.
- (8) *Ibid*, p. 154.
- (9) *Ibid*: “El análisis muestra que al peligro realista notorio se le anuda un peligro pulsional no discernido”, p. 155.

- (10) Laplanche y Pontalis advierten que dentro de la concepción dinámica Freud utiliza el término “derivado del inconsciente” para mostrar la tendencia inconsciente a hacer resurgir en la conciencia. Estos “derivados” de lo reprimido reciben en francés el nombre de *rejeton*, equivalente en español a “retoño, brote de una planta”. *Rejeton* viene de *rejeter* que no es solo “rechazar” sino también la acción de “volver a lanzar” por ejemplo un balón.
- (11) Ferrater Mora: Diccionario de filosofía. Tomo IV, p. 3248.
- (12) Dice Lacan: “Nuestro retorno a Freud tiene un sentido muy diferente por referirse a la topología del sujeto, la cual solo se elucida por una segunda vuelta sobre sí mismo. Debe volver a decirse todo sobre otra faz para que se cierre lo que ésta encierra, que no es ciertamente el saber absoluto, sino aquella posición desde donde el saber puede invertir efectos de verdad... Este doble giro... da ocasión en efecto a que otra costura ofrezca un nuevo borde. Aquella por la cual resalta una estructura mucho más propia que la antigua esfera para responder de lo que se propone al sujeto como de dentro y de fuera. (Escritos I, “De un designio”, p. 143).
- (13) Lorca: Arquitectura del cante jondo. Obras Completas. Tomo III, p. 33.
- (14) Lorca: Juego y teoría del duende. Obras Completas: tomo III, p. 150.
- (15) *Ibid*, p. 151.
- (16) *Ibid*, p. 151.
- (17) *Ibid*, p. 152.
- (18) *Ibid*, p. 159.
- (19) Lorca: Imaginación, inspiración, evasión. Obras Completas. Tomo III, p. 100.

## Bibliografía

- Bauman Z.: Miedo líquido. Editorial Paidós, Madrid, 2008.
- Chemama R. y Vandermersch B.: *Diccionario de Psicoanálisis*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 2004.
- Cosentino J. C.: *Sigmund Freud. El Yo y el Ello*. Manuscritos inéditos y versión publicada. Texto bilingüe. Mármol/Izquierdo Editores, Buenos Aires, 2011.
- Ferrater Mora J.: *Diccionario de Filosofía*. Editorial Ariel, Barcelona, 1994.
- Freud S.: “*Inhibición, síntoma y angustia*” 1926. Amorrortu editores. Obras Completas Tomo XX. Buenos Aires, 1996.
- García Lorca F.: “Arquitectura del cante jondo”; “Juego y teoría del duende”; “Imaginación, inspiración y evasión” Obras Completas. Tomo III. Prosa. Edición de Miguel García-Posada. Galaxia Gutenberg. Barcelona, 1997.
- Hanns L. A.: *Diccionario de Términos Alemanes de Freud*. Editorial Lumen, Buenos Aires, 2001.
- Harari R.: *El sujeto descentrado. Una presentación del psicoanálisis*. Editorial Lumen, Buenos Aires, 2008.
- Lacan J.: “El estadio del espejo como formador del yo tal como se demuestra en la experiencia psicoanalítica”. “De un designio”. Escritos I. Siglo XXI editores. Méjico, 1971. “Posición del inconsciente” Escritos II. Siglo XXI editores. Méjico D. F. 1976.
- Laplanche J. y Pontalis JB: *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor, Barcelona, 1977.
- Melenotte G. H.: *Sustancias del imaginario*. École lacanienne de psychanalyse. México, 2005.
- Rudinesco E. y Plon M.: *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Editorial Fayard, France, 1997.

## Contacto

M. Carmen Rodríguez Rendo  
 Ángel Muñoz 12, esc. 2ª, 1º C • Madrid 28043  
 rodriguezrendo@terra.es

- Recibido: 20-12-11.
- Aceptado: 20-01-12.

# Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU)

## *The Werther Effect: Proposing an intervention at the School of Communication and Social Sciences of the Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)*

Sol Mayte Álvarez Torres. Estudiante de Medicina UPV-EHU.

**Resumen:** Este trabajo recuerda la importancia del aspecto sociológico del suicidio en los casos de suicidio por imitación, también llamado efecto Werther. La propuesta de intervención que hace la autora a continuación responde a la necesidad de que los futuros comunicadores conozcan las repercusiones que determinada información puede tener en la población, y sepan manejarla correctamente.

**Palabras clave:** Efecto Werther, suicidio, intervención, periodismo, comunicaciones, UPV/EHU.

**Abstract:** This work intends to remind its readers the importance of the sociological aspects of copycat suicides, also called Werther effect. The intervention proposed by the author answers the need for the future media workers to know the possible repercussions of certain information amongst the population, and therefore learn to better handle it.

**Keywords:** Werther effect, suicide, intervention, journalism, media, UPV/EHU.

“Ningún hecho es más prontamente transmisible por contagio que el suicidio”.

Émile Durkheim<sup>1</sup>

### Introducción

Cuando en 1774 un precoz Goethe publicaba *Las cuitas del joven Werther*, ignoraba sin duda el impacto que causaría la novela. La misma no sólo fue un éxito que lo propulsó violentamente desde el anonimato hasta la más extensa fama, si no que además fue un *bestseller* en su tiempo, desencadenando lo que se llamaría luego “la fiebre Werther”: la imitación, a lo largo y ancho de

toda Europa, de los intereses, actitudes e indumentaria del personaje principal.

Pero lo que más inquietó a la sociedad de la época con respecto a esta novela es el notable aumento en el número de suicidios entre sus lectores, a imitación del final del joven Werther. Se dice que hubo cuando menos 2.000 suicidas entre los primeros lectores de la obra, siendo este un referente que dos siglos más tarde, en 1974,

el sociólogo David P. Philips<sup>2</sup> utilizaría al hablar de la conducta mimética que se da tras la sobreexposición a la información concerniente al suicidio de una persona famosa o personaje público y que desencadena la imitación del mismo. Tan preocupante fue la oleada de suicidios por imitación que el mismo Goethe en ediciones sucesivas añadió un descargo de responsabilidad mediante la frase “*Sé un hombre, no sigas mi ejemplo*” antepuesta al comienzo de la novela.

En este trabajo exponemos estudios que demuestran la veracidad y vigencia de este efecto sociológico desde un punto de vista epidemiológico, resaltando la importancia de la prensa con respecto al suicidio imitativo, para luego plantear una intervención bajo la forma de un curso taller dirigido a nuestros futuros comunicadores sobre el correcto manejo de la información en los medios de comunicación.

### El suicidio imitativo

Aún cuando a todas luces el suicidio es un acto resultante de diversas y complejas causas, los estudios epidemiológicos revelan que la imitación de una conducta publicitada puede ser un detonante importante. Incluso dos siglos antes del XVIII, época que sirvió de referente para el denominado Efecto Werther, se cree que *Romeo y Julieta* de William Shakespeare disparó una oleada de suicidios similares entre aquellos desgraciados en amores. No es, quizás, de extrañar esta característica imitativa del suicidio: como bien señalan Malo, Medrano y Uriarte (2010)<sup>3</sup> no es la única dolencia psiquiátrica susceptible de diseminarse por contagio. Es, quizás, la más dramática por su fatal irreversibilidad, pero al ser sistemas abiertos, como somos, es de esperar la transmisión constante de ideas, conductas y preocupaciones por y hacia nuestros pares, aún más cuando la difusión de estas se ve potenciada a través de los medios.

Posteriormente estudios por el mismo Philips<sup>4</sup> y por otros investigadores<sup>5-6</sup> confirmaron el fenómeno y sus características, señalando que la población más susceptible a esta influencia es aquella más vulnerable y ambivalente, como son, en especial, los adolescentes y los jóvenes, y que la extensión de la epidemia de suicidios es directamente proporcional a la cantidad de información o importancia

que los medios de comunicación conceden al acto que origina las réplicas.

A comienzos de 2010 Pirkis y Blood publicaron una revisión de un estudio crítico publicado ya en el 2001 con respecto a los medios de comunicación y el suicidio<sup>7</sup>. En el mismo analizaban 97 estudios relacionados con la influencia de los medios (no sólo la prensa escrita, radio y televisión, si no también el Internet, factor importante a tener en cuenta en los tiempos que corren) y el suicidio. Los estudios analizados tratan sobre multitud de casos centrados en su mayoría en noticias publicadas en medios de prensa del soporte que sean, hallando una relación causal evidente entre los aumentos en el número de suicidas y la influencia de la prensa. En 2003 Gould *et aliter*, considerados los analistas bibliográficos más serios en este sentido, ya habían postulado que “*ya no queda ninguna duda respecto a la validez de los efectos contagiosos del suicidio*”, tras analizar 42 reportes de prensa de suicidio de los cuales 29 (el 69%) tenía evidente repercusión en suicidios por imitación<sup>8</sup>.

Debemos recordar también que no sólo son noticias las que en los medios influyen estas cifras. En este sentido el estudio realizado por Hawton *et aliter* (1999) demuestra un significativo aumento de suicidios por intoxicación por paracetamol (acetaminofén) en Reino Unido posteriormente a la emisión de la muerte por este método de uno de los personajes de la serie “*Casualty*”<sup>9</sup>. Aún así la mayor parte de la bibliografía consultado sigue revelando que son los reportes de suicidios por parte de celebridades los que más impacto tienen entre la población.

Es precisamente por esto que cuando en 1994 la muerte del cantante Kurt Cobain fue anunciada en los medios de prensa se esperaba un importante efecto en el número de suicidios. Este efecto, sin embargo, no se dio: en este sentido Jobs, Berman *et aliter* (1996)<sup>10</sup> señalan que, aunque hubo un aumento en las crisis suicidas en los meses posteriores a su muerte, los suicidios consumados en sí no aumentaron significativamente. Este estudio se realizó en Seattle, lugar natal de Cobain, donde se esperaba la mayor repercusión. Existen hipótesis sobre los factores que causaron la ausencia de Efecto Werther en este caso: intervenciones que se realizaron para

prevenir crisis suicidas, el método utilizado por Cobain (disparo de escopeta en la cabeza, más difícil de imitar que otros), y en particular la cobertura que ofrecieron los medios de prensa al hecho.

Desde antes los mismos habían retratado en todo su esplendor la depresión clínica que a todas luces sufría el cantante, y al anunciar su suicidio no tuvieron ningún reparo en recordar esta condición previa, o en consultar especialistas que confirmaron esto. Se suma, además, el que existieron teorías (que aún circulan) sobre la posibilidad de que fuera un asesinato y no un suicidio. Es por esto que es fundamental examinar qué fue lo que cambió en el tratamiento de la información en este caso, y saber por qué no se dieron suicidios imitativos de manera significativa posteriormente al hecho. En el siguiente apartado plantearé nuestra propuesta de intervención así como guías a ser impartidas sobre normas generales a seguir a la hora de reportar un suicidio.

### Nuestra propuesta de intervención

Como hemos visto, la conducta imitativa toma como base la información difundida en los medios de prensa. Nuestra propuesta consiste, pues, en formar a los futuros comunicadores en lo concerniente a la prevención del suicidio para evitar que un manejo inadecuado de la información (sobre-exposición, idealización, etc.) pueda causar nuevos suicidios entre los que a ella están expuestos.

Este taller contaría básicamente con tres ejes teóricos a ser desarrollados: la naturaleza social del suicidio y su capacidad de propagación, una guía para el manejo de la información sobre el suicidio y finalmente una orientación hacia la detección de indicadores de ideación suicida y la prevención del suicidio.

La primera parte buscaría explicar el fenómeno del suicidio y dar a conocer la importancia de su componente imitativo mediante ejemplos concretos (como el de Ivy Li, una conocida cantante en Taiwan<sup>11</sup> que según el estudio realizado por Chen *et al* en 2009 causó una oleada de imitación entre la población más vulnerable). El suicidio suele ser de interés periodístico, y probablemente se re-

porte la noticia del mismo, sea por la notoriedad de quien lo comete o por lo peculiar del método. No se puede evitar esto porque sencillamente no se *debe*; es derecho de la población el conocer lo que a ella le atañe, y derecho de los medios de prensa el difundir lo que considere pertinente. Sin embargo existen una serie de factores en el tratamiento de la información que pueden hacer más probable un contagio del suicidio entre la población y, de igual manera, medidas que se pueden tomar para evitarlo. Experiencias anteriores, como en el caso de Austria, confirman la importancia del papel de los comunicadores en los brotes de suicidio por imitación<sup>12-13</sup>.

La segunda parte tendría un componente teórico y otro práctico, ya que es la más importante de las tres. Se expondrían aspectos de la difusión de la información que podrían prevenir la propagación del suicidio, y en particular en aquellas conductas que se deben evitar a la hora de dar la noticia de un suicidio, o de la muerte de una figura pública incluso.

En este sentido hemos resumido las recomendaciones de trabajos anteriores<sup>14-18</sup>, intentando adaptarlos a nuestro medio de la manera en la que se expone en el Apdo. 1.

#### Apartado 1. Recomendaciones para la difusión de información relacionada con el suicidio

Elementos a evitar:

- **Presentar una explicación simplista al suicidio.** El suicidio nunca es el resultado de un solo factor, y es un error frecuente obviar la historia psicosocial del individuo por ofrecer solamente aquello que aparenta ser el detonante. No es necesario dar una extensa explicación de todos los problemas que pueden haber contribuido en la decisión del suicida, pero se recomienda que se mencione la existencia de los mismos.
- **Evitar la mención de una patología mental.** Es importante que el público entienda que las patologías mentales no tratadas o mal tratadas pueden ocasionar la muerte. Del mismo modo es necesario borrar el estigma de las enfermedades mentales para que el público pueda buscar ayuda con más facilidad: al fin y al cabo según el DSM IV el tabaquismo también es una patología mental, y gran parte de la población lo sufre. Es importante sin embargo no cometer el error de

presentar el suicidio como una conducta normal o esperable. Ese es un estigma que por el bien de la población debería permanecer.

- **Idealizar el suicidio.** No se debe presentar como un hecho heroico, valiente, comprensible ante un amor no correspondido, la pérdida de un ser amado, dolor crónico, adversidades o una enfermedad terminal. El suicidio y los suicidas no deben ser glorificados: el contagio del suicidio es menos probable si se minimizan los reportes sobre las expresiones de duelo de la comunidad (crear memoriales públicos, alzar banderas a media asta, proclamar elegías, etc.). Es importante recordar que estas expresiones no honran el suicidio en sí, si no la vida de quien lo cometió.
- **Resaltar únicamente las características positivas del suicida.** La empatía por la familia y amigos de la persona muerta suele conducir a un énfasis excesivo en los aspectos positivos de la vida y obra del suicida. Se crea una especie de veneración por la persona muerta a través de testimonios de quienes le conocían, olvidando por lo general mencionar los problemas y adversidades a los cuales el suicida se enfrentaba. De este modo la conducta suicida puede resultar atractiva para la población en riesgo, en especial aquellos que reciben escaso o nulo refuerzo positivo por sus acciones.
- **Presentar el suicidio como una manera de alcanzar un determinado objetivo.** El suicidio es un acto trágico cometido por una persona con serios problemas (en la mayoría de los casos de índole psicopatológica). El presentar el suicidio como un mecanismo de afrontamiento ante problemas personales (el fin de una relación amorosa, o como represalia por malos tratos o disciplina parental excesiva) puede sugerir que el suicidio es una salida aceptable para la población en riesgo. Si bien muchas veces estos parecen ser los desencadenantes del suicidio, es importante recordar que no se debe simplificar la explicación del suicidio, como se vio en el primer apartado.
- **La idea de que el suicidio es “inexplicable”.** El suicidio siempre es explicable, aunque sea por una miríada de factores interrelacionados entre sí y de compleja comprensión.
- **Sobre-exposición de la población a la información sobre el suicidio que se reporta.** Esto incluye la reiteración de la noticia, o la elaboración de reportajes especiales sobre el hecho.

La cobertura repetitiva o excesiva de un suicidio tiende a promover ideas sobre el suicidio entre las personas en riesgo, en particular entre aquellas que se encuentran entre los 15 y 24 años de edad. Los comunicadores y los representantes de medios de comunicación deberían discutir alternativas a tales reportajes.

- **Cobertura sensacionalista del suicidio.** La misma naturaleza de los medios de comunicación hace que cualquier información que transmiten ocasione pensamientos entre los espectadores sobre el tema tratado. En el caso del suicidio, se cree que puede estar vinculado al contagio y a la incidencia de brotes suicidas. Los comunicadores pueden minimizar sensacionalismo limitando, en la medida de las posibilidades, los detalles morbosos del hecho. Igualmente se recomienda el limitar las imágenes utilizadas, incluso si estas no se refieren directamente al suicidio si no al funeral, al lugar en el que se encontró el cuerpo o a objetos personales o lugares en los que se solía encontrar a esta persona.
- **Utilizar la palabra “suicidio” en el encabezado del artículo o en el título del reportaje.** A menos que el mismo ocurriese en público, es preferible desvelar la causa de la muerte en el cuerpo de la noticia y no en el titular. Igualmente se recomienda, en lo posible, evitar que las historias de esta naturaleza sean publicadas en la portada de los diarios o revistas.
- **Hablar de “suicidio fallido” o “suicidio consumado”.** Tales términos dan una connotación de éxito al acto suicida, y es preferible hablar de “intento no fatal” o “muerte por suicidio”. Del mismo modo es preferible no hablar de “suicida” en el caso de la persona si no de “muerto por suicidio”, ya que de lo contrario nos estaríamos centrando en la forma de su muerte para definir a la persona a la que hacemos referencia.
- **Reportajes detallados sobre el método utilizado.** Involuntariamente muchas veces en los reportes de prensa con respecto a un suicidio los periodistas dan detalles sobre el método utilizado que fácilmente constituirían, para el que lo esté buscando, una “guía de instrucciones” para el suicidio. En el caso de la inhalación de dióxido de carbono, decir que esta fue la causa de la muerte sería perfectamente aceptable; sin embargo el incluir el mecanismo mediante el cuál se llevó a cabo el suicidio (cerrar todas las puertas y ventanas y encender un brasero, por ejemplo) podría facilitar la imitación.

Elementos a transmitir:

- **Opciones al suicidio.** Es importante recalcar que podría haberse evitado el suicidio mediante otras opciones, como son por ejemplo el tratamiento psiquiátrico.
- **Información sobre recursos que ofrece la comunidad para aquellos que la necesiten.** Existen numerosos emprendimientos para la prevención del suicidio, ayuda a los sobrevivientes, y apoyo a los parientes y amigos de un suicida consumado, como son por ejemplo los teléfonos de la esperanza, la asesoría psicológica que se ofrece en algunos centros cívicos y por supuesto los servicios de salud mental de la sanidad pública. Es importante que sean conocidos, sobre todo por la población en riesgo que es la que más se ve afectada por este tipo de reportaje.
- **Ejemplos de un resultado positivo de una crisis suicida.** Subrayar los aspectos positivos que habría tenido una hipotética resolución mediante otros métodos del conflicto que llevó al suicidio (llamando al teléfono de la esperanza, buscando ayuda psicológica, etc.).
- **Información sobre los signos que pueden alertar sobre un suicida en potencia.** La detección temprana de las personas en riesgo puede causar que el entorno se preocupe e intente ayudarlo, o incluso que el mismo suicida potencial busque ayuda.
- **Información sobre la mejor manera de abordar una persona que se encuentra contemplando el suicidio.** Como vimos en el punto anterior, el entorno social y familiar juega un papel fundamental en la prevención del suicidio, por lo que es necesario otorgarle las herramientas básicas a la hora de tratar con suicidas potenciales.
- **Información exacta y científica.** Sea un reportaje sobre un suicidio, sobre el suicidio en general o sobre la prevención del mismo, es ideal que la información sea lo más completa y exacta posible. Existe gran número de trabajos investigativos disponibles, muchos a través de Internet, que pueden aumentar la riqueza informativa del reportaje. Existen, además, numerosos profesionales de la salud en nuestro medio que pueden ser consultados para complementar esta información.

Recomendamos, también, seguir la guía para la publicación de noticias y reportajes relacionados con el suicidio que elaborase en 2003 el periodista Andy Ho del diario singapurense *The Strait Times*<sup>19</sup>, y que se expone en el Apdo. 2.

**Apartado 2.** Guía para la publicación de material relacionado con el suicidio

El material debe de contener al menos uno de los siguientes requisitos para ser publicado:

- Modas de interés periodístico que emergen respaldadas por estudios estadísticos confiables.
- Descubrimientos de interés periodístico que surgen por parte de investigadores serios.
- Publicidad para programas de intervención a gran escala.
- Historias con facetas de interés público.
- Personas famosas que deciden acabar sus días (sin por ello idealizar el hecho).
- Artículos que educan a los lectores acerca de cómo detectar a un potencial suicida y que ofrecen números de contacto para buscar ayuda.

En esta parte del taller se fomentaría el trabajo en grupos para elaboración de reportajes sobre supuestos casos de suicidio que luego serían discutidos entre el total de los asistentes al curso. Igualmente se propondrían casos extraídos de la prensa para su análisis y elaboración de recomendaciones a seguir en cada uno de los casos.

Igualmente se mencionarían algunos casos especiales, y pautas sobre la manera de tratarlos, como se presentan en el Apdo. 3.

**Apartado 3.** Situaciones especiales

**Muerte de celebridades.**

El efecto imitativo es más probable en caso de que el modelo sea una celebridad, como indicó Wasserman en 1984<sup>20</sup>. Es fundamental que el glamour, la fama o la prominencia de la figura muerta no oculten la existencia de problemas psicológicos o de otra índole -véase el caso de Kurt Cobain citado anteriormente-.

**Suicidios posteriores a un homicidio, o suicidios sacrificiales.**

Ante la violencia y la desgracia del homicidio es frecuente que se omita el aspecto suicida, o que se reporte como un hecho adyacente y casi secundario. Sin embargo se cree que la depresión y desesperación pueden ser importantes impulsores de ambos actos, y no sólo del suicidio.

**Pactos suicidas.**

Los pactos suicidas son acuerdos entre dos o más personas que deciden cometer suicidio en el mismo momento o por la misma razón aparente. Sin embargo esta visión es muy simplista, ya que se considera que por lo general son el resultado de la coerción por parte de un individuo dominante sobre otros más manipulables o dependientes<sup>21</sup>.

Cabe destacar que no sólo las muertes por suicidio son susceptibles de crear un clima de desesperanza que pueda empujar a la población en riesgo al suicidio, si no también de la muerte de un personaje famoso o popular, como fue el caso de Lady Diana Spencer, la ex-princesa de Gales<sup>22</sup> que analizaron Hawton *et alter* en 2000. En este sentido se aplicarían recomendaciones similares a las que se aplican en los casos de suicidio con respecto al sensacionalismo, la sobre-exposición y la idealización.

Finalmente, señalaremos también la importancia de la repercusión de las historias de ficción transmitidas tanto en cine como en televisión y que mencionásemos ya antes<sup>9</sup>. No sólo influencian en el estado general de la población los suicidios o muertes dramáticas en los cuales vemos con excesivo detalle los métodos utilizados, si no que además, como señalaron Howe *et alter* en 2002<sup>23</sup>, pueden causar preocupación excesiva sobre temas sin proveer la información necesaria, con resultados cuyo beneficio aún está en debate. En particular en el estudio que citamos la muerte por cáncer de cuello uterino asintomático y no diagnosticado hasta demasiado tarde de Alma, un personaje de una telenovela de la cadena NHS causó a nivel local una oleada de peticiones de citologías de cuello uterino por parte de televidentes preocupadas. Del mismo modo que al transmitir noticias es importante que los guionistas y productores de obras de ficción transmitan la información científica que respalda la historia de manera eficaz y clara para evitar preocupación excesiva o innecesaria, y, conociendo el efecto que sus historias tienen en la población, la utilicen para una prevención proactiva del suicidio.

La última parte del taller, la prevención activa del suicidio, parte del hecho de que los comunicadores, al transmitir información actual y de interés público

se encontrarán muchas veces ante entrevistados o informantes en situación de crisis de diversa índole. Esta situación se ve claramente ilustrada en el caso de Mohamed Alanssi, un informante del FBI que se prendió fuego frente a la Casa Blanca, en Estados Unidos, tras haber dado semanas antes claros indicios de depresión e ideas suicidas en entrevistas concedidas a un periódico local<sup>24</sup>. El reportero que lo entrevistó admitió luego de los hechos que había hablado sobre la posibilidad de suicidarse en más de una ocasión, pero que no lo había tomado en serio hasta que llamó momentos antes de prenderse fuego.

Es fundamental pues que los futuros comunicadores sepan reconocer estos signos, y sepan también actuar ante estas situaciones. En esta parte del curso se discutirán factores de riesgo (consumo de sustancias, enfermedades terminales, patologías mentales) a la par que se ofrecerá una idea general de los signos que puede presentar un suicida en potencia y que recogemos en el Apartado 4 basándonos en la guía para la prevención del suicidio por los medios de prensa elaborada por el *Suicide Prevention Resource Center*<sup>28</sup>.

**Apartado 4.** Señales que pueden alertar sobre el peligro de suicidio en una persona

- Hablar sobre el suicidio o la muerte.
- Dar pistas verbales directas, tales que “ojalá estuviera muerto” o “voy a terminarlo todo”.
- Dar pistas verbales indirectas, como pueden ser “¿para qué seguir viviendo?”, “pronto no tendrán que preocuparse por mí”, o “¿a quién le importa si muero?”.
- Expresar la creencia de que la vida no tiene sentido o que los problemas no tienen solución.

Con respecto a la actitud a tomar ante estas situaciones, recomendamos sobre todo estar informados sobre los recursos disponibles, como son páginas web, teléfonos de la esperanza, centros de ayuda psicológica, etc. Esta información puede ser ofrecida tanto al potencial suicida como, sobre todo, a su entorno. Y desde luego recomendamos, en caso de encontrarse ante un peligro de suicidio inminente, solicitar ayuda telefónica a un centro de salud o, de considerarse necesario, al 112.

Es importante conocer los recursos existentes a nivel local para ayudar en la lucha de prevención del suicidio y para ofrecer apoyo continuado a los comunicadores en su labor de informar responsablemente.

## Referencias bibliográficas

1. Durkheim E. *Le suicide* (1897). Paris, Ed. Puf (Colección Quadrige). 2007.
2. Philips DP. The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*. 1974; 39: 340-354.
3. Malo P. Medrano J. Uriarte JJ. Memes y psiquiatría (1)\*: Memes, enfermedades y psiquiatras. *NORTE de Salud Mental*. 2010; 36: 35-44.
4. Phillips DP. Carstensen LL. Clustering of Teenage Suicides after Television News Stories about Suicide. *N Engl J Med* 1986; 315: 685-694.
5. Gould MS. Saffer D. The impact of suicide in television movies: evidence of imitation. *New Engl J Med* 1986, 315:690-694.
6. Mercy JA. Kresnow M-J. O'Carroll PW. Lee RK. Powell KE. Potter LB, et al. *Is Suicide Contagious? A Study of the Relation between Exposure to the Suicidal Behavior of Others and Nearly Lethal Suicide Attempts*. *Am J Epidemiol*. 2001; 154: 120-127.
7. Pirkis J. Blood W. *Suicide and the news and information media. A critical review*. Mindframe National Media Initiative, Commonwealth of Australia. Febrero de 2010. Accesible en: [www.mindframe-media.info/client\\_images/908140.pdf](http://www.mindframe-media.info/client_images/908140.pdf)
8. Gould MS. Jamieson P. y Romer D. Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*. 2003; 46 (9): 1269-1284.
9. Hawton K. Simkin S. Deeks JJ. O'Connor S. Keen A. Altman DG. et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning: Time series and questionnaire study. *British Medical Journal*. 1999; 318: 972-977.
10. Jobs D. Berman A. O'Carroll P. y Eastgard S. The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research, public health and the news media. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996; 26 (3): 260-271.
11. Chen YY. Tsai PC. Chen PH. Fan CC. Hung GC. Cheng A. Effect of media reporting of the suicide of a singer in Taiwan: the case of Ivy Li. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(3): 363-369.
12. Sonneck G. Etzersdorfer E. Nagel-Kuess S. Imitative Suicide on the Viennese Subway. *Soc Sci Med*. 1994, Feb; 38(3): 453-457.
13. Etzersdorfer E. Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience, 1980-1996. *Archives of Suicide Research*. 1998; 4: 67-74.
14. Sudak H. Sudak D. *The Media and Suicide*. *Academic Psychiatry*. 2005, Nov-Dec; 29(5): 495-499.
15. Tor P. Ng B. Ang Y. The media and suicide. *Annals Academy of Medicine Singapore*. 2008; 37(9): 797 799.
16. O'Carroll PW. Potter LB. *Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop*. United States Department of Health and Human Services. MMWR Recomm Rep 1994; 43(RR-6): 9-17.
17. Canadian Association for Suicide Prevention (CASP). *Media Guidelines*. Edmonton: CASP. 2004. Accesible en: [www.casp-acps.ca/Publications/MEDIA%20GUIDELINES.doc](http://www.casp-acps.ca/Publications/MEDIA%20GUIDELINES.doc)
18. Suicide Prevention Resource Center (SPRC). *Customized information for the media*. NIMH: SPRC. 2008. Accesible en: [www.odmhsas.org/resourcecenter/\(S\(4bddfo45w3wxb4r3chzkkn45\)\)/ResourceCenter/Publications/Current/3030.pdf](http://www.odmhsas.org/resourcecenter/(S(4bddfo45w3wxb4r3chzkkn45))/ResourceCenter/Publications/Current/3030.pdf)
19. Ho A. When cases of suicide make the news here. *The Straits Times*, 26 de octubre de 2003.
20. Wasserman IM. *Imitation and suicide: A re-examination of the Werther effect*. *American Sociological Review*. 1984; 49: 427-436.
21. Fishbain DA. D'Achille L. Barsky S. Aldrich TE. A controlled study of suicide pacts. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1984; 45: 154-157.
22. Hawton K. Harriss L. Simkin S. Juszcak E. Appleby L. McDonell R. et al. Effect of death of Diana, Princess of Wales on suicide and

deliberate self-harm. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 463–466.

23. Howe A. OwenSmith V. Richardson J. The impact of a television soap opera on the NHS cervical screening programme in the north west of England. *J Public Health Med*. 2002; 24: 299304.
24. Block, M. *Yemeni protestor claimed to be FBI informant*. Del programa de radio de A. Silverman (Productor Ejecutivo), *All Things*

*Considered* con fecha de 16 de Noviembre de 2004. Washington, DC: National Public Radio. Accesible en: [www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4173194](http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4173194).

### Contacto

Sol Mayte Álvarez Torres  
smat830@gmail.com  
Francisco Javier de Landaburu, 76  
01010 Vitoria-Gasteiz

- Recibido: 30-10-11.
- Aceptado: 18-1-12.



# Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico

## *Narrative methods: a psychotherapeutic vision*

Iván Castillo Ledo (\*), Hilda I. Ledo González (\*\*), Yasiel del Pino Calzada (\*\*\*)

(\*) Especialista en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infanto Juvenil.

Máster en Medicina Bioenergética. Profesor Asistente.

Centro Comunitario de Salud Mental. Cienfuegos. Cuba.

(\*\*) Doctora en Pedagogía, Profesora Asistente. Centro Universitario Municipal.

(\*\*\*) Estudiante de 3er año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spiritus.

**Resumen:** Al contar a extraños nuestras historias personales nos libramos de ellas y las convertimos en pasado. Esto nos permite comenzar a diseñar un futuro a nuestro gusto, documentando esos cuentos para que no se pierdan en el olvido y puedan servir a otros de inspiración. Las personas entenderán, como esas experiencias y circunstancias adversas les permitieron fortalecerse. De esta manera se realizó una revisión documental del tema de técnicas narrativas, con el objetivo de profundizar los conocimientos en esta importante herramienta terapéutica. Se profundiza en la externalización como comienzo y proceso de liberación de la persona generando al mismo tiempo motivación para el cambio. En nuestro futuro, la vida será definida por el respeto y la apreciación que tenemos de nosotros mismos.

**Palabras claves:** técnicas narrativas, externalización, motivación.

**Abstract:** When we talk to estrange ours personal live we forgot it and converted to past. This situation that inspired to design one future to ours enjoyment, that documented this story for not forget in the forgetfulness and can to serve to other inspiration. The persons can understand which the experience and adversed circumstances can to fortalice. In this form we do a documental reporting about narrative method and know more information about this important method. We can to know about exteriorization in the beginning and the process of personal liberation and the same time can to generating some motivation for the change. In the future the live has defined in the consideration ours self.

**Key words:** Narrative methods, exteriorization, motivation.

Básicamente, la externalización de un problema consiste en la separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente. En los últimos años terapeutas alrededor del mundo han comenzado a evaluar el abordaje narrativo, restándole peso a la tradicional relación paciente-terapeuta y tratando el concepto de identidad personal como una construcción social fluida. El atractivo de esta Terapia Narrativa va más allá de

la técnica, ya que representa un cambio fundamental de dirección en el mundo terapéutico que se ha denominado la Tercera Ola.

La Primera Ola que comenzó con Freud y estableció las bases del campo psicoterapéutico, se centraba en la patología del paciente y estaba dominada por las teorías psicodinámicas y la psiquiatría biológica. Esta Primera Ola representó un avance importante, porque dejó de mirar

a los pacientes como moralmente deficientes, y nos dio un vocabulario común codificado en los manuales diagnósticos y estadísticos para describir los problemas humanos. Pero hacía tanto hincapié en la patología, que alteró nuestra visión de la naturaleza humana. Muchas personas terminaron identificándose ellos mismos con etiquetas estigmatizantes como “narcisista”, “personalidad borderline” o “adulto hijo de un alcohólico”.

La Teoría Psicodinámica permitía convertir diagnósticos, que no eran otra cosa que prejuicios sociales o adivinanzas creativas, en verdades eternas y absolutas. Este daño absurdo producto de nuestro delirio, permitía determinar quien estaba sano y quien no, quien estaba en lo cierto y quien equivocado. Esta realidad comenzó a cambiar en 1970 cuando los psiquiatras decidieron tardíamente y por voto democrático que la homosexualidad ya no era una enfermedad.

Las psicoterapias de la Segunda Ola -terapias centradas en el problema- emergieron en 1950 pero realmente no sustituyeron a la Primera Ola. La Segunda Ola intentó remediar el excesivo foco sobre la patología del pasado y las terapias centradas en problemas, incluyendo las terapias de la conducta, los abordajes cognitivos y la terapia de familia, no asumían que los pacientes estaban enfermos. Ellas se centraban más en el aquí -y- ahora en vez de buscar significados ocultos y causas últimas. La personalidad dejó de verse como sellada por la piel y comenzó a pensarse como influenciada por patrones de comunicación, relaciones familiares y sociales, respuesta y estímulo.

El cambio no se veía tan difícil en la Segunda Ola: con la manipulación de alguna de las variables, el sistema en su totalidad debería cambiar, incluyendo las características personales que antes aparecían como grabadas en concreto. Los terapeutas de la Segunda Ola veían a sus pacientes como básicamente sanos y la meta era arreglarlos lo más rápido posible, para enviarlos de nuevo a la autopista de la vida. Estos terapeutas no trataban de arreglar lo que no se les había pedido que arreglasen.

Entre los terapeutas de la Segunda Ola encontramos mayor número de mujeres y los terapeutas en general no se presentaban tan exaltados como los psiquiatras de la primera Ola. Ellos se convirtieron en expertos en materias tan arcanas

como la teoría del doble-vínculo de Gregory Bateson, las intervenciones paradójicas y las técnicas conductistas.

Los problemas residían en sistemas de pequeña escala y las soluciones todavía correspondían a los terapeutas. Pocos terapeutas veían a sus pacientes como agentes de cambio decisivos en su propia vida. De hecho, muchos veían la conciencia que sus pacientes tenían de si mismos, como algo que debía obviarse o dejarse de lado.

A comienzos de los años 80, algunos terapeutas comenzaron a cambiar el foco de atención y la creencia de que centrarse sobre los problemas muchas veces oscurece los recursos y soluciones que residen dentro de los pacientes. El terapeuta ya no era visto como la fuente de la solución y comenzamos a entender que las soluciones a los problemas residían en la gente y en sus redes sociales.

El credo máximo del abordaje narrativo es: “La persona nunca es el problema, el problema es el problema”.

Los terapeutas con frecuencia “colonizan” a sus pacientes. Al igual que países ocupados por naciones más poderosas, los pacientes aprenden a devaluar su propio lenguaje, experiencia y conocimiento a favor de la visión de sus terapeutas. En vez de aconsejar a sus pacientes, los terapeutas de la Tercera Ola enfocan los efectos insidiosos de ideas opresivas y de la práctica y hábitos que todos tenemos. Esta no es una política de buscar culpables, de encontrar opresores, sino una política de liberación a un nivel muy individual.

Muchas de las creencias que mantenemos no son más que el gran bagaje cultural, líneas de canciones de amor, cosas y diseños de revistas de glamour, comerciales, cuñas y jingles memorizados, romances de comiquitas, novelas rosa, sermones de nuestros padres de lo que significa ser un hombre, recuerdos de amores pasados y de los juegos y diversiones de la niñez. Es posible que hayamos absorbido creencias de que no somos buenos, que sólo la gente que vale la pena sabe cocinar, que sólo las mujeres delgadas son bellas, que un hombre de verdad sabe como mantener a una mujer “en supuesto”. Si aprendemos a conciencia a reconocer el efecto insidioso de estas creencias y a verlas, no como

parte inherente de nosotros mismos, podremos liberarnos de ellas. Esta es la conversación liberadora que los seguidores de la Tercera Ola aspiran tener con sus pacientes.

Por años los terapeutas se han envuelto en asuntos que rayan en la filosofía, como la “epistemología” y la “construcción social de la realidad”, obteniendo poco impacto en la práctica diaria. Pero la terapia narrativa se ha convertido en un abordaje viable, debido a su habilidad de poner la ideología en acción y producir resultados en el consultorio de los terapeutas.

El abordaje narrativo saca a los terapeutas de su baja productividad y les permite evitar una de las grandes trampas de la profesión: involucrarse en la desesperación de sus pacientes. Esto se evidencia en la forma como los pacientes suelen presentarse en la sesión. “Hola, soy depresión, yo siempre he sido depresión y siempre lo seré”. Frente a esto, el terapeuta se siente tan frustrado y atado como el paciente mismo.

Los críticos de la psiquiatría siempre han condenado el riesgo de etiquetar a la gente, llevando a una profecía que se cumple al considerar a las personas “borderline” o “esquizofrénico”. Ellos han argumentado que tales etiquetas estáticas y generalizadas, socava la creencia de cada uno en la posibilidad de cambio.

Los terapeutas de familia y otros terapeutas de la Segunda Ola, al comienzo, trataron de ignorar las etiquetas individuales o trataron de re-enmarcarlas como saliendo de procesos sistemáticos o interaccionales. Pero las etiquetas no desaparecen simplemente al ignorarlas, ya que los pacientes también dependen de ellas.

A través del uso de su técnica más conocida, la externalización, los terapeutas narrativos son capaces de aceptar el poder de las etiquetas, al mismo tiempo que evitan la trampa de reforzar el apego a las mismas. La externalización ofrece una manera de ver a los pacientes con una parte de ellos mismos no contaminada por los síntomas. Esto automáticamente crea una visión de la persona como no determinada y capaz de realizar escogencias y decisiones en relación al problema. Las ideas de la terapia narrativa permiten, el surgimiento de respeto y autoestima no solamente para el paciente sino también para el terapeuta.

Esta técnica es al mismo tiempo muy simple y extremadamente complicada. Es simple en el sentido de que representa una separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente. Lo complicado y difícil es la manera delicada como se logra. Es a través del uso cuidadoso del lenguaje en la conversación terapéutica, que la curación de la persona se inicia y finalmente se logra. Lo nuevo del abordaje narrativo, es que provee una secuencia útil de preguntas que consistentemente producen un efecto liberador para las personas. Seguir esta secuencia terapéutica es como construir un arco ladrillo a ladrillo. Si usted trata de llegar al último paso sin haber pacientemente puesto los primeros ladrillos, su arco no se sostendrá.

### Estructura fundamental del abordaje narrativo

El trabajo con la persona o familia comienza con un nombre mutuamente aceptable para el problema. Uno, puede preguntarle a una persona que pierde la paciencia con facilidad: “¿Así que la rabia te ha convencido de pegarle a tu mujer o pegarla con tus hijos?” A una persona con rasgos paranoides se le podría preguntar: “¿Cuando la desconfianza te susurra en el oído, siempre la escuchas?” Al comienzo, la persona y su familia pueden insistir en atribuirle el problema a la persona, pero el terapeuta narrativo, gentilmente, persistirá en la otra dirección, desprendiendo lingüísticamente a la persona del problema-etiqueta. Así los pacientes comenzarán a asumir una visión externalizada del problema.

Seguidamente personificamos el problema y le atribuimos intenciones opresivas y tácticas. A continuación el terapeuta comienza a hablarle a la familia o a la persona, como si el problema fuera otra persona con su propia identidad, voluntad e intenciones, que están diseñadas para oprimir o dominar a la persona o la familia. A menudo, los terapeutas usarán metáforas o imágenes que ayudan a realzar el problema, tanto para ellos como para sus pacientes. Por ejemplo, “¿Cómo maltrata el macho borracho a todos en la familia?”

Esto comienza a liberar a la persona y a los que se encuentran a su alrededor, y les impide identificar a la persona con el problema, al mismo tiempo que motiva para el cambio.

Antes de poder cambiar la situación, el terapeuta debe conocer como se ha visto dominada la persona o forzada por el problema a hacer cosas o tener experiencias no de su agrado. El terapeuta puede preguntarle a uno de los miembros sobre los efectos del problema en ellos. Esto permite aceptar el sufrimiento de la persona o del grupo y reconocer las limitaciones que el problema ha impuesto en sus vidas, además de proveer oportunidades para establecer más externalización.

Por ejemplo, “¿Cuando te convencieron los celos para que hicieras algo que lamentaste más adelante?” o “¿Qué tipo de mentiras te está contando la depresión sobre lo que tu vales?” El lenguaje usado no debe ser determinante: el problema nunca causa que la persona o la familia haga algo, solamente influye, invita, dice, trata de convencer, usa trampas, trata de reclutar, etc.

Este lenguaje, enfatiza la posibilidad de escogencia de las personas y crea la posibilidad de responder por si mismo en vez de culparse. Si la persona no es el problema, pero tiene una cierta relación con el problema, entonces la relación puede cambiar. Si el problema invita, en vez de forzar, uno pudiera declinar la invitación. Si el problema trata de reclutarlo usted puede negarse. Este paso también aumenta la motivación. La familia y la persona se unen al terapeuta en la meta común de destronar al problema y su dominio sobre la persona y la familia.

Descubrir y revivir los momentos cuando los pacientes no han sido dominados o descorazonados por el problema, y sus vidas no se han visto divididas por el mismo.

Encontrar evidencia histórica para soportar una nueva visión de la persona como suficientemente competente para enfrentarse al problema y su efecto opresor. Aquí es donde el método se pone interesante y la vida de la persona comienza a escribirse de nuevo. Esta es la parte narrativa, lo anterior ha sido para preparar el terreno para plantar la semilla.

Los terapeutas narrativos usan la evidencia de esta competencia individual para hacer puentes a un universo paralelo, un universo donde la persona tiene una historia de vida diferente, una vida donde la persona es heroica y competente. Para evitar que esto se convierta en un

mero re-enmarcamiento de la vida de la persona, el terapeuta narrativo pregunta historias y evidencias que demuestren que la persona era en realidad competente, fuerte, animada, pero no lo sabía o no prestaba atención a esos aspectos.

David Epston y Michael White han elaborado una serie de técnicas basadas en los aportes de Bateson, la teoría constructivista y el uso de los medios narrativos. Nuestra identidad personal esta constituida por lo que “sabemos” de nosotros mismos y como nos describimos como personas. En otras palabras, cuando los miembros de una familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo o los profesionales piensan que una persona “tiene” una cierta característica o un problema determinado, están ejerciendo un poder sobre el al “representar” este conocimiento respecto a esa persona. Por tanto, en el terreno de lo social, conocimiento y poder están inextricablemente unidos.

Cuando se pueden identificar estas técnicas encubiertas (como imponer descripciones problemáticas a las personas), se hace más fácil externalizar los problemas y ayudar a las personas a salir de ellos.

El segundo gran territorio que Epston y White exploran es la variedad de formas en las que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita. Este es el campo de los medios narrativos con fines terapéuticos “en blanco y negro”, cartas, invitaciones, cartas de referencia, certificados, predicciones, declaraciones, etc. El lector puede elegir entre gran variedad de nuevas intervenciones.

David Epston subraya el potencial terapéutico de las cartas que resumen habitualmente cada sesión. La copia de la carta constituye normalmente el único registro de la sesión. Esta conducta supone una significativa incursión en una relación más igualitaria entre profesionales y cliente.

Acuden a la noción de “textos narrativos”. Proponen la analogía de la terapia como un proceso de “contar” o “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas.

Nosotros como humanos, no solo damos significado a nuestra experiencia al “narrar”, nuestras vidas, sino que también tenemos el poder de “representar” nuestros relatos, gracias a los

conocimientos que tenemos de ellos. Por ejemplo, la mayoría de de nosotros disponemos de múltiples relatos acerca de de nosotros mismos, de los demás y de nuestras relaciones; algunos promueven la competencia y el bienestar; otros sirven para constreñir, trivializar, descalificar y patologizarnos de alguna u otra manera a nosotros mismos, a los demás a nuestras relaciones.

### ¿Qué es la terapia narrativa?

La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo (nonblaming) de la terapia y el trabajo comunitario, la cual centra a la persona como expertos en su vida. Ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema en sus vidas.

Las historias o narrativas son importantes y para la terapia narrativa, la palabra historia o narrativa significa: eventos, ligados en una secuencia, a través del tiempo y de acuerdo con un tema (plot).

Como humanos, interpretamos, le damos significado a las experiencias de la vida diaria. Buscamos la manera de explicar los sucesos y darles un sentido. Este significado forma el tema de una historia (narrativa). Todos tenemos muchas historias acerca de nuestras vidas y relaciones que ocurren de manera simultánea.

Tenemos por ejemplo. Historias acerca de nosotros, de nuestras habilidades, dificultades, competencias, acciones, deseos, trabajo, éxitos y fracasos. La manera como hemos desarrollado estas historias está determinado por la manera como hemos ligado ciertos eventos, en una secuencia y atribuido significado.

Son eventos ligados en una secuencia a través del tiempo. Son seleccionados sobre otros que no encajan en la historia dominante. Los que quedan fuera de la historia dominante permanecen ocultos o con menos significado a la luz del tema dominante.

Por ejemplo si yo tengo una historia dominante de que soy buena conductora, cada vez que yo respeto las señales, le doy significado y se agregan a la historia. El día que me multen, como no va de acuerdo con la historia dominante, queda oculto o no tiene tanto significado.

### Efectos de las historias dominantes y de las historias alternativas

La historia dominante es una historia delgada. Generalmente es creada por otros que tienen más poder, aunque también por uno mismo, por ejemplo padres, maestros, profesionales de la salud. Esto tiene consecuencias. La descripción delgada, la historia dominante, concluye en la identidad de las personas en una forma negativa.

Estas conclusiones delgadas se ven como verdades de la identidad de la persona. Son historias saturadas de problemas. Las conclusiones delgadas oscurecen las relaciones de poder y los actos de resistencia que pudo haber hecho esa persona.

Estas conclusiones delgadas hacen más fácil encontrar evidencia de la historia dominante, siendo más difícil encontrar las historias alternativas.

Las historias alternativas son historias identificadas por las personas que nos consultan y que van en dirección a la vida que desean, reducen la influencia del problema en su vida y crea nuevas posibilidades de vida. Se busca, entonces, una descripción rica y detallada de la historia alternativa y cómo se teje con la de otros.

### Externalizando las conversaciones: nombrar al problema

Al proceso de separar el problema de la persona se le llama EXTERNALIZACIÓN y es el fundamento, en que se construyen las conversaciones. Es una actitud y una orientación en la conversación, no simplemente una técnica.

¿Qué se puede externalizar?

- Sentimientos: la culpa, el miedo, los celos.
- Problemas entre las personas: las peleas, las culpas, los conflictos, el discutir.
- La cultura y prácticas sociales: la culpabilidad a las madres (motherblaming), la culpabilidad de los padres, la dominancia heterosexual, el racismo.
- Otras metáforas: “la pared de resentimiento”, “el bloqueo”, “la ola de desesperanza”.

A veces se pueden aliar varios problemas al mismo tiempo, se puede hacer una lista de prioridades y

que la persona escoja con qué quiere trabajar. Es importante que la externalización o el nombre que se le de al problema, vaya de acuerdo con su experiencia de vida. Es muy importante tener cuidado en considerar el contexto amplio. Es crucial que el lenguaje que se escoja en la externalización de las conversaciones no refuerce, sin querer, las ideas dominantes que apoyan al problema sino que el nombre del problema verdaderamente represente la experiencia de quien nos consulte.

Es importante tomar en cuenta y explorar el contexto social en que ocurre el problema como parte importante de externalizar el problema, lo que en apariencia puede llamarse “berrinche”, en realidad puede ser “rabia” si se toma en cuenta asuntos de poder e injusticia en la vida de alguien, o de abuso.

De esta manera, la persona deja de pensar a quien culpar y piensan en el problema como una identidad independiente. La cooperación y la colaboración se vuelven más posibles cuando el problema no está localizado en la identidad de las personas.

Del problema se puede explorar:

- Sus trucos; Tácticas; la manera en que opera (una niña mal aconsejada se refería al problema diciéndole que no valía la pena intentar hacer la tarea porque de todos modos no iba a poder); la manera en que habla; su tono de voz; sus intenciones; creencias; Ideas; planes gustos y disgustos (una mujer me dijo que a la anorexia no le gustaba que platicara conmigo), sus reglas, propósitos; Deseos, técnicas, sueños; Quien lo apoya o lo sostiene en sus mentiras...

De esta manera se ve como una cosa separada. El terapeuta no debe presumir o suponer que “conoce” como trabaja el problema.

### **Características de las conversaciones que externalizan**

- El problema está fuera y se puede discutir la relación del problema con la persona (a diferencia de las conversaciones que internalizan pensando que el problema está dentro de la persona).
- Los problemas son externos y están fuera de la persona y de su identidad (en vez de buscar lo que está mal y deficiente en el individuo).

- Las acciones se ven como eventos que suceden en secuencia, a través del tiempo y de acuerdo a un tema particular (en vez de ver las acciones como manifestaciones superficiales de algo central).
- Invitan a las personas a discernir su propio significado y explicación de los eventos, en vez de buscar las opiniones de otros.
- Permiten una descripción múltiple de la identidad, en vez de totalizar a la persona con una identidad.
- Hacen visibles las prácticas sociales que promueven, sostienen y nutren al problema.
- Permiten descripciones ricas de las vidas de las personas y las relaciones.
- Examina las historias culturales y socio-políticas que influye en la vida de las personas que nos consultan (en vez de las influencias internas).
- Celebra la diferencia, cuestiona las nociones de “normas”, busca hacer visible las prácticas discriminatorias y sus efectos en las personas, (en vez de “categorizar” a las personas según lo diferentes que son en relación a la “norma”. La gente vista como diferente se siente, con frecuencia, discriminada).
- Se involucra en consultar a las personas acerca de los cambios o renegociación de su relación con los problemas.
- Sostiene que las personas son expertas sobre sus vidas y relaciones (en vez de ver a los que están fuera del problema como los expertos, por ejemplo a los profesionistas).
- El agente del cambio es común (en vez de estrategias designadas por otros para “arreglar” el problema). Se destapan habilidades y saberes que están presentes.
- Busca descripciones alternativas fuera de la descripción del problema.

### **Terapia Narrativa para Niños** (Freeman, Epston & Lobovitz)

A lo largo de la historia de la psicología y psicoterapia infantiles, han aparecido diversos planteamientos teóricos y prácticos que han tenido

como objetivo comprender y ayudar a los niños en la resolución de sus problemas y conflictos por medio de múltiples y variadas técnicas; sin embargo, generalmente es el niño quien debe adaptarse al lenguaje y modos de expresión propios del mundo adulto ya que, por una parte, las interpretaciones y percepciones que tienen de la situación los psicoterapeutas no suelen concordar con la visión de los más pequeños y, por otra parte, muchas veces los terapeutas suelen adoptar un rol parecido al de los padres, formando una especie de alianza con ellos y dando al niño soluciones a sus conflictos sin considerar lo que él mismo piensa acerca del problema y qué hacer para solucionarlo.

Por el contrario, la terapia narrativa para niños (Freeman, Epston & Lobovitz) constituye un acercamiento a los conflictos y problemas de los chicos de una manera más beneficiosa para su propio desarrollo, ya que lo novedoso y propio de las técnicas que se utilizan radica en el hecho que se trabaja ajustándose a las formas de expresión más propias de la infancia.

Es en este punto donde radica una de las diferencias fundamentales entre la terapia narrativa y otras psicoterapias para niños. Generalmente, el niño que acude a psicoterapia tiene sobre sí una etiqueta bastante negativa y vergonzosa que, además, debilita su autoconcepto y autoestima. Sin embargo, la terapia narrativa pone especial énfasis en exteriorizar el problema y, de esta forma, separarlo de la persona que lo sufre. En otras palabras, el niño que está acostumbrado a ser tachado de flojo en los estudios, dentro de una terapia narrativa puede redefinirse a sí mismo, separando de su self el problema (en este caso el ser flojo). Así, este niño podrá considerarse a sí mismo como una “víctima” de la “flojera” y, por medio de sus propias ideas, juegos y fantasías, podrá encontrar y poner en marcha alguna solución que le permita “vencer” esta “flojera” que lo hace quedar mal con los demás y no lo deja estudiar como él quisiera.

Es por esta razón que los autores del texto y quienes llevan a cabo la terapia narrativa con niños, dan mucha importancia al proceso por el cual se llega a conocer al niño al margen del problema que presenta. Con este fin, se pregunta a los padres por características de su hijo que son destacables y los

enorgullecen. De igual forma, se pregunta al niño por circunstancias anteriores en las que haya podido ser capaz de sortear alguna dificultad o resolver un problema por sí mismo, lo que lleva a que el niño se observe a sí mismo como una persona capaz, con fuerza de voluntad y lo ayuda a desarrollar un autoconcepto positivo y un adecuado sentimiento de autoeficacia.

De esta manera, el conocimiento del niño al margen del problema proporciona al terapeuta las herramientas necesarias para trabajar con él, ya que una vez que se conocen los intereses del niño es más fácil construir con él una solución a sus conflictos utilizando metáforas que aludan a sus gustos, intereses y habilidades. Nuevamente, son el terapeuta y los padres quienes deben acomodarse al estilo de resolución de conflictos y al modo de percibir la realidad del niño, ya que con la ayuda del juego, el humor y la fantasía es más fácil ayudar a los menores a vencer sus problemas personales y relacionales. Cabe recordar, que al niño lo que le gusta es jugar, por lo que si convertimos la resolución de sus conflictos en una aventura lúdica que incluye sus gustos e intereses, es seguro que el niño se verá más motivado a seguir adelante con el trabajo terapéutico que si solamente nos sentamos frente a él y comenzamos a hablarle en un lenguaje que no le es propio y del cual no se siente parte.

En terapia narrativa se intenta llevar a cabo una conversación exteriorizadora con la familia que permita delimitar el problema, reconocer los intentos de solución de éste y los éxitos o fracasos en estos intentos. Lo que se busca es encontrar en el relato de las personas las cualidades y virtudes que ellos sienten como destacables, además de los caminos que perciben para poder llegar al estado que desean alcanzar; se trata de que la familia alcance ese nivel de esperanza que se necesita para movilizarse en busca de una solución. De esta forma, se intentará encontrar historias alternativas que reflejen las virtudes, cualidades y habilidades de los miembros de la familia, que muestren la riqueza de sus vidas, lo que quieren y pueden llegar a ser.

### **Importancia de la terapia narrativa con niños**

En primer lugar, se considera muy relevante el validar los modos de expresión y comunicación propios de la niñez, ya que para el niño es mucho más

fácil comunicarse con el terapeuta por medio de la fantasía y el juego, formas que le son familiares y le atraen, que por medio de una conversación seria y de carácter analítico. Además, los niños ya pasan bastante parte de su tiempo actuando (o intentando actuar) como adultos al hacer lo que sus padres esperan que hagan y al comportarse correctamente en la escuela, por lo que resulta justo que, para tratar algo tan delicado para ellos como es su problema, se lo haga de una manera que les resulte familiar, a la vez que les facilite el tomar responsabilidad por lo que les ocurre.

Por otra parte, se considera que externalizar los problemas es fundamental para el desarrollo adecuado del niño ya que, al percibir el problema como algo separado de él, no ve afectada su propia identidad. De igual forma, el tener en cuenta no sólo los aspectos negativos del niño, sino también recalcar sus habilidades y cualidades, lleva a que el niño desarrolle un autoconcepto más positivo y realista. Ambas cosas son de suma importancia en nuestro contexto actual en que las estadísticas de maltrato psicológico a los niños son enormes y gran parte de éste corresponde a descalificaciones del menor por parte de sus padres, familia y también educadores.

Por último, esta terapia, además de incentivar un desarrollo emocional y personal adecuado y positivo, también es un excelente medio para ayudar al niño en su desarrollo cognitivo, ya que al utilizarse un lenguaje que le es familiar, el niño se atreverá a relatar su propia visión del mundo y lo que le ocurre y a desarrollar y llevar a cabo planes que le permitan solucionar sus conflictos por sus propios medios.

En conclusión, la terapia narrativa es un excelente medio para tratar los problemas que aquejan a

los niños de una manera que es cercana a ellos, al utilizar sus propias formas de expresión (el juego, la fantasía, etc.), con un lenguaje que entienden, y que les permite tomar las decisiones para cambiar y poder llegar a ser lo que sueñan, sin ver obstaculizado su desarrollo por los conflictos que tienen en su vida interpersonal ni por los constantes reproches y la estigmatización que los mayores suelen hacer sobre los niños cuando no cumplen con sus propias expectativas. En el fondo, por medio del juego, los niños pueden resolver sus problemas, por sí mismos y de una manera lúdica y gratificante, que repercutirá en su desarrollo integral.

## Bibliografía

- Castellanos Cabrera R. Psicología. Selección de Textos. La Habana: Félix Varela; 2003.
- Nuñez de Villavicencio F. Psicología Médica. T 2. La Habana: Pueblo y Educación; 1987.
- Técnicas Narrativas. [Monografía en Internet]. [Consultado 2011 Mayo 6]. Disponible en: [www.tandempsicoterapia.com/terapia\\_familiar.html](http://www.tandempsicoterapia.com/terapia_familiar.html).
- Morgan A. What is Narrative Therapy? An easy to read introduction. Adelaida: Dulwich Centre Publications. 2000.
- Las técnicas narrativas. [Monografía en Internet]. [Consultado 2011 Mayo 6]. Disponible en: [www.tandempsicoterapia.com/terapia\\_narrativa.html](http://www.tandempsicoterapia.com/terapia_narrativa.html).
- Martínez C. Salud Familiar. El uso de técnicas narrativas. Editorial Pueblo y Educación; 2005.
- Técnicas Narrativas. [Monografía en Internet]. [Consultado 2011 Mayo 6]. URL disponible en: [www.lubrano.com/doctor/online.php](http://www.lubrano.com/doctor/online.php).

## Contacto

M. Sc. Iván Castillo Ledo  
Centro Comunitario de Salud Mental  
Independencia No. 57 A. Rodas. Cienfuegos. Cuba  
Tel. 53 43 549326 • [ivan.castillo@polrodas.cfg.sld.cu](mailto:ivan.castillo@polrodas.cfg.sld.cu)

- Recibido: 02-10-11.
- Aceptado: 20-01-12.

# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XIII)

## Psicofarmacología. Manejo de psicofármacos en el paciente difícil (parte II)

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

### Presentación

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

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

En tres números de *NORTE de salud mental* (este es el 2º) se realizará un repaso a los Principios Básicos en Neurobiología y Neuropsicofarmacología, se abordará el **Manejo de psicofármacos en el paciente difícil** y finalmente se incidirá en el Manejo de psicofármacos en poblaciones médico quirúrgicas y el Manejo de psicofármacos en situaciones vitales específicas.

### Preguntas

**Pregunta 108:** Se han propuesto una serie de principios básicos para un adecuado tratamiento farmacológico del dolor. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es uno de estos principios?

- A) Es preferible la vía oral.
- B) Se debe evitar el empleo a demanda.
- C) Las dosis y los intervalos deben ser fijos.
- D) Se deben realizar reevaluaciones periódicas.
- E) Es preferible utilizar pocos medicamentos y compuestos por un solo fármaco.

**Pregunta 109:** ¿Cuál de los siguientes fármacos no es un opioide mayor?

- A) Morfina.
- B) Fentanilo.
- C) Codeína.
- D) Metadona.
- E) Buprenorfina.

**Pregunta 110:** ¿En que tipo de epilepsia es especialmente resolutive la cirugía?

- A) Epilepsia del lóbulo temporal.
- B) Epilepsia del lóbulo frontal.
- C) Epilepsia del lóbulo occipital.



D) Epilepsia del lóbulo parietal.

E) En todas.

**Pregunta 111:** Una mujer con epilepsia quiere quedar embarazada ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a las consideraciones a tener en cuenta es falsa?.

A) Si han pasado 2 años desde la última crisis, hay que valorar la retirada de fármacos.

B) Es aconsejable la monoterapia.

C) Hay que administrar ácido fólico desde el segundo mes de embarazo.

D) El menos teratogénico es la carbamazepina.

E) El más teratogénico es el valproato.

**Pregunta 112:** Un problema muy frecuente en los pacientes con Retraso Mental son las alteraciones de conducta, que usualmente se han tratado con neurolépticos, anticonvulsivos o estimulantes. Señale, de entre las siguientes, la asociación que en el momento actual es la recomendada:

A) Litio + olanzapina.

B) Litio + risperidona.

C) Carbamacepina + risperidona.

D) Ácido valpróico + risperidona.

E) Ácido valpróico + olanzapina.

**Pregunta 113:** Nos encontramos con un Paciente Terminal que padece Depresión. Señale, de entre los siguientes, el tratamiento de elección cuando predomina la astenia o cuando la esperanza de vida es escasa.

A) No hacer nada dada la escasa esperanza de vida y los efectos secundarios de los tratamientos.

B) Antidepresivos tricíclicos a dosis altas, dado el riesgo de suicidio.

C) Antidepresivos ISRS más neuroléptico dado el alto riesgo de suicidio.

E) Estimulantes: metilfenidato.

F) TEC.

**Pregunta 114:** ¿Cuál, de entre los siguientes, es un criterio de disposición para la aplicación de terapia hormonal en el *Paciente Transexual*?

A) Tener 18 años.

B) Someterse a la experiencia de la vida real.

C) Incrementar la consolidación de su identidad de género.

D) Someterse a psicoterapia.

E) Tener información acerca del tratamiento hormonal.

**Pregunta 115:** Señale, de entre las siguientes afirmaciones sobre el *Paciente Infectado por VIH/SIDA*, la que considere es FALSA:

A) Los ISRS son los antidepresivos de primera línea en el tratamiento de la depresión.

B) En caso de manía, la carbamacepina se considera el tratamiento de elección.

C) En caso de psicosis, el tratamiento con antipsicóticos de depósito debería ser evitado.

D) En caso de trastornos de ansiedad, los ISRS son una buena opción de tratamiento farmacológico.

E) En la terapia hormonal de reemplazo se suele utilizar testosterona esterificada de depósito, en dosis de 100 a 200 mg i.m./2 semanas.

## Respuestas

**Pregunta 108. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** La OMS recomienda un enfoque ascendente para el tratamiento del dolor en función de su intensidad, basada en dos grupos principales de fármacos, los analgésicos menores y los opioides, a los que se les puede añadir diversos fármacos coadyuvantes para potenciar su acción. Hay una serie de principios básicos en la administración de fármacos para el dolor, como son: es preferible la vía oral, la vía transdérmica puede ser una alternativa. La dosis y los intervalos deben ser apropiados según la farmacocinética de los medicamentos, modificándose según cambien las circunstancias, evitando el empleo a demanda. La dosis inicial debe ser individualizada. Se deben realizar reevaluaciones periódicas para modificaciones posteriores. Es

preferible utilizar pocos medicamentos y compuestos por un solo fármaco. Hay que ser flexible en la aplicación de la escalera analgésica. Vigilar y tratar los efectos secundarios de los fármacos

**Bibliografía:** López Alvarez M.P. Alfonso Gomez R. El paciente con dolor. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 180-183.

**Pregunta 109. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** Los opioides son un grupo de fármacos que actúan sobre los receptores opioides de las neuronas imitando el poder analgésico de los opiáceos endógenos. Dentro de ellos se distinguen los opioides mayores y los menores. Los primeros tienen una mayor acción analgésica. Son los fármacos analgésicos más potentes conocidos. *Morfina, petidina, pentazozina, fentanilo, metadona, meperidina, y buprenorfina* son **opioides mayores**. *Codeina, dihidrocodeina, tramadol y dextropropoxifeno* son **opioides menores** de acción más débil. Los opioides menores están incluidos en el segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS, y los opioides mayores en el tercero.

**Bibliografía:** López Álvarez M.P. Alfonso Gómez R.. El paciente con dolor. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 182-183.

**Pregunta 110. Respuesta correcta: A**

**Comentario:** La cirugía es una alternativa válida y eficaz en la epilepsia siempre y cuando esté correctamente indicada. Se precisa un diagnóstico seguro de epilepsia, identificación del foco de descarga, ausencia de contraindicaciones (como epilepsia en el seno de enfermedades degenerativas o progresivas, o trastornos psiquiátricos asociados), y existencia de farmacorresistencia (uso de al menos tres antiepilépticos en monoterapia o politerapia, en indicación, dosis y tiempo adecuados). Es especialmente resolutiva en la **epilepsia temporal**, de foco único e identificado, en la que es preciso tratar a dos pacientes para dejar a uno libre de crisis discapacitantes. En otras localizaciones, especialmente si el foco no es único o está pobremente identificado, los resultados son más pobres.

**Bibliografía:** Álvaro Gonzalez L.C. Cortina Garai-corta C. El paciente epiléptico. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 189.

**Pregunta 111. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** El 4-8% de los hijos de madres epilépticas nacen con malformaciones congénitas. Se recomienda planificar el embarazo en las mejores condiciones de control de las crisis. Si han pasado 2 años desde la última crisis, hay que valorar la retirada de fármacos. Es aconsejable la monoterapia, con el fármaco más indicado para el tipo de crisis, a la menor dosis eficaz. Hay que administrar ácido fólico (1-4mg/día) desde el comienzo del embarazo; se realizará además ecografía a las 12 semanas y a las 18-20 semanas, así como determinación de -fetoproteína sérica en la semana 18. El menos teratogénico es la **carbamazepina** y el más el **valproato**, sobre todo por causar malformaciones del tubo neural (espina bífida).

**Bibliografía:** Álvaro González L.C. Cortina Garai-corta C. El paciente epiléptico. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág. 190.

**Pregunta 112. Respuesta correcta: D**

**Comentario:** El Retraso Mental se asocia con un aumento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en comparación con la población general, tanto en niños como en adultos.

Como es por todos sabido, el retraso mental no tiene tratamiento psicofarmacológico específico que mejore los déficits intelectivos o cognitivos y, en general, se debe recordar que las variables clínicas más importantes que se han de tener en cuenta son el adecuado diagnóstico psiquiátrico de la patología comórbida y la especial sensibilidad de este tipo de población a los efectos adversos asociados a psicofármacos.

En general, es conveniente empezar con dosis mucho más bajas de lo habitual y aumentarlas lentamente hasta alcanzar la dosis estándar; diferenciar entre tratamiento y "sujeción química"; evitar en lo posible el uso de benzodiacepinas y anticolinérgicos; realizar exploraciones sistemáticas de los posibles efectos adversos

de los psicofármacos sin esperar a que los pacientes, o los familiares, los refieran espontáneamente.

Un problema muy frecuente en los pacientes con retraso mental son las alteraciones de conducta, (asociados o no a conductas agresivas), que usualmente se han tratado con neurolépticos, anticonvulsivos o estimulantes, en función de los síntomas diana predominantes. Entre los fármacos utilizados hay un claro predominio del ácido valpróico y de risperidona.

El **ácido valpróico** es el anticonvulsivo de elección en estos momentos, sobre todo teniendo en cuenta la alta comorbilidad entre los trastornos de conducta, las conductas agresivas y la presencia de epilepsia. La **risperidona** es el único fármaco que, hasta la fecha, dispone de estudios doble ciego comparados con placebo, que valoran específicamente la reducción de síntomas conductuales (agresiones, impulsividad, desafío de la autoridad, destrucción de la propiedad) asociados a los trastornos de conducta y el trastorno negativista desafiante en niños con CI inferior a la media.

El análisis muestra una reducción significativa de las cifras basales y finales del grupo con risperidona, medidas por el Nisonger y Aberrant Behavior Checklist. Los efectos adversos más comunes fueron somnolencia, cefaleas, aumento de apetito y dispepsia.

**Bibliografía:** Gutiérrez Casares JR, Busto Arenas FJ, Franco Martín MA: El paciente con Retraso Mental/ Discapacidad intelectual. Manejo de psicofármacos en paciente difícil. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 206-208. Madrid 2009.

### Pregunta 113. Respuesta correcta: D

**Comentario :** La prevalencia de la Depresión en pacientes Terminales se sitúa entre el 27 y 77%. Como factores de riesgo destacan la edad avanzada, los antecedentes personales de trastornos afectivos, la falta de red social de apoyo, el menoscabo funcional intenso, la angustia existencial, ciertas enfermedades físicas o tratamientos y el dolor insuficientemente tratado. Parece ser más frecuente en pacientes que desconocen su pronóstico.

La depresión, más frecuente en fases avanzadas de la enfermedad, responde al tratamiento farmacológico y psicoterápico de forma más rápida

y completa cuanto antes se instaure la terapia. El suicidio, con una tasa que duplica la de la población normal es la complicación más grave. El antidepresivo, ha de usarse en dosis bajas y con una escalada muy lenta, debe seleccionarse en función de los efectos secundarios y la esperanza de vida del paciente.

Cuando predomina la astenia o la esperanza de vida es escasa son de elección los estimulantes, en especial **metilfenidato**, que ha de usarse en dosis bajas, evitando la toma nocturna para no interferir el sueño.

Este producto, que puede combinarse con otros fármacos, obtiene rápidas mejorías (24-72h) en el ánimo, la concentración y la energía frente a las semanas que deben transcurrir con antidepresivos, al tiempo que mejora el apetito. *No se desarrolla tolerancia a su acción timoléptica.* Sus efectos secundarios son ansiedad, insomnio, anorexia a dosis altas y delirium en situaciones preagónicas.

El tratamiento puede iniciarse con metilfenidato en dosis de 2,5mg en dos tomas, incrementándola progresivamente a los largo de varios días hasta conseguir la mejoría clínica o hasta la aparición de efectos secundarios. Lo habitual son las dosis de hasta 30mg/día, aunque algunos pacientes puede precisar pautas de hasta 60mg/día.

Una estrategia acertada sería empezar tratamiento con psicoestimulantes para, una vez apreciada mejoría, asociar antidepresivos convencionales, y retirar los anfetamínicos transcurrido el periodo de latencia de los antidepresivos.

**Bibliografía:** Medrano Albeniz J. Hernández Palacio R. en Paciente Terminal en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 209-210. Madrid 2009.

### Pregunta 114. Respuesta correcta: C

**Comentario:** Una vez que se determina el diagnóstico de **transexualidad**, el profesional de salud mental emite un informe de recomendación de tratamiento hormonal. Para ello se determinan criterios de elegibilidad y disposición.

Por **elegibilidad** se entienden los criterios específicos que deben documentarse antes de pasar a un siguiente escalón en la secuencia terapéutica. Por **disposición** se entienden los criterios específicos que se fundamental en la evaluación

del clínico antes de dar el siguiente paso de la secuencia terapéutica.

- Criterios de elegibilidad para la aplicación de terapia hormonal: tener 18 años, someterse a la experiencia de la vida real debidamente documentada por lo menos 3 meses antes de la administración de hormonas, someterse a psicoterapia durante un periodo específico después de la evaluación inicial y tener información acerca del tratamiento hormonal, ventajas, objetivos y riesgos.
- Criterios de disposición para la aplicación de terapia hormonal: el paciente debe incrementar la consolidación de su identidad de género durante la experiencia de la vida real o la psicoterapia, debe realizar progresos en el dominio de otros problemas de identidad que conduzcan a la mejora o continuidad de su estabilidad psíquica.

*La psicoterapia no intenta curar el trastorno.* El objetivo fundamental de la psicoterapia es lograr un estilo de vida estable a largo plazo en los ámbitos personal, familiar, laboral y social. La experiencia de la vida real es el acto por el cual se adopta plenamente un rol nuevo o evolutivo de identidad sexual ante los acontecimientos y circunstancias de la vida cotidiana. En algunas ocasiones es **test de la vida real** se usa como la prueba definitiva para el diagnóstico. El paciente deberá hacer esta experiencia por lo menos 1 año antes de aplicar la cirugía genitoplástica.

- Criterios de elegibilidad para la cirugía genitoplástica y mastectomía: debe ser mayor de edad, llevar 12 meses de tratamiento hormonal en los casos en los que no existan contraindicaciones médicas para ello, 12 meses de experiencia de la vida real continua con éxito, poseer información acerca de las características de la intervención quirúrgica, de las distintas técnicas susceptibles de ser aplicadas, sus posibles complicaciones, requisitos de rehabilitación posoperatoria y conocer a los cirujanos competentes.
- Criterios de disposición para la cirugía genitoplástica y mastectomía: deberá demostrar progresos en la consolidación de la nueva identidad de género y en sus relaciones familiares, laborales y sociales que tengan como consecuencia una mejora o al menos una mayor estabilidad psíquica.

**Bibliografía:** Berguero Miguel T. Esteva de Antonio I. Giraldo Ansio F. Asiain Vierge S. Mayoral Cleries F en *El Paciente Transexual (Trastorno de identidad de género)*, en *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 213-215. Madrid 2009.

#### Pregunta 115. Respuesta correcta: B

**Comentario:** La atención del paciente con infección HIV comienza en el momento del diagnóstico y continúa durante toda la vida del paciente. La depresión es el principal diagnóstico psiquiátrico entre estos pacientes, con una tasa de prevalencia vital del 50%. Los ISRS son los antidepresivos de primera línea, ya que son mejor tolerados que los tricíclicos e igual de eficaces. Las dosis recomendadas son las mismas que en pacientes depresivos sin infección.

La manía asociada a infección HIV, ó **manía SIDA**, suele aparecer en estadios finales y tiende a ir asociada a deterioro cognitivo y/o demencia. El tratamiento de episodios maníacos en los estadios iniciales de la infección no se diferencia del recomendado en el trastorno bipolar. Los antipsicóticos están indicados. En el uso del litio deben tenerse en cuenta situaciones que modifiquen o alteren la función renal. La **carbameceptina** no está recomendada dado su efecto inductor enzimático que pudiera provocar niveles de antirretrovirales insuficientes. A esto se añade el riesgo de hepatopatía y toxicidad hematológica, que se suman a las provocadas por la infección. El ácido valproico tiene menos interacciones nivel del CYP3A4.

La relación entre psicosis e infección por HIV/SIDA es bidireccional. Se estima que la tasa de psicosis de inicio reciente en estos pacientes es del 0,5 al 15%. Cuando se planifica un tratamiento con antipsicóticos, se debe considerar la susceptibilidad a síntomas extrapiramidales (SEP) por el daño en los ganglios de la base inducido por HIV. Los antipsicóticos típicos y neurolépticos de depósito deberían ser evitados, y si se utilizan deben pautarse dosis bajas. Los antipsicóticos atípicos son el tratamiento de elección. Se recomienda dosis bajas de inicio, lenta titulación y administración el menor tiempo posible. Recordar que con olanzapina y clozapina hay que considerar, además, el riesgo de desarrollar dislipemias e hiperglucemias.



Los trastornos de ansiedad, fobia social, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico se han descrito en un 8-25% de estos pacientes. Como opción terapéutica se aconseja plantear de inicio tratamientos psicoterapéuticos, como entrenamiento en relajación y abordaje con técnicas de reducción de estrés. Si es necesario el tratamiento farmacológico, los ISRS son una buena opción de tratamiento. Las BZD deberían utilizarse durante periodos cortos de tiempo. Se recomienda el uso de lorazepam, clonacepam, y oxacepam.

Cerca de la mitad de los hombres con infección VIH sufre deficiencia de testosterona. Hombres y mujeres pueden tener deficiencia de andrógenos

suprarrenales, en particular DHEA, asociada con la progresión del VIH y la pérdida de masa corporal magra. En la terapia de reemplazo se suelen utilizar testosterona esterificada de depósito, en dosis de 100 a 200 mg i.m. cada 2 semanas. La dosis máxima es de 400,g i.m. por semana.

**Bibliografía:** Bayon Pérez C. Bonan MV. en el Paciente infectado por VIH/SIDA, en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. 2<sup>o</sup> Edición. Pág. 222-228. Madrid 2009.

# Psiquiatría y cine en España durante la transición (1975-1982)

## *The cinema and the psychiatry: the development of Spanish cinematography during the period (1975-1982)*

María Herrera Giménez(\*), Carmen Llor Moreno(\*\*), Pedro Maset Campos (\*\*\*), Joaquín Cánovas Belchí (\*\*\*\*).

(\*) Psiquiatra H.G.U. Morales Meseguer, Murcia;

(\*\*) Psiquiatra, Centro de Salud Mental San Andrés, Murcia;

(\*\*\*) Catedrático de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina de Murcia;

(\*\*\*\*) Catedrático de Historia del Cine, Dpto. de Historia del Arte, Facultad de Letras, Murcia.

Con este trabajo pretendemos realizar una exposición descriptiva fundamentada en una recopilación documental sistemática y cronológica situándola en el momento histórico científico y cultural en que se produjeron los acontecimientos objeto de nuestro estudio (cine y psiquiatría durante la transición democrática en España).

Por tanto el método seguido para la realización de este trabajo es el propio de la investigación histórico-médica, basándose en una recogida de datos fundamentales y un análisis riguroso de la información recogida, tanto en el campo de la disciplina de la psiquiatría como en el ámbito cinematográfico.

**Resumen:** En este estudio nos hemos propuesto analizar la relación entre dos disciplinas independientes como son el cine y la psiquiatría, así como la influencia que los acontecimientos históricos y sociales tienen sobre la evolución de esta especialidad de la medicina y de un medio tan accesible al público general como es el cine.

Si queremos destacar que aunque numerosos estudios han sido realizados sobre la evolución de las ideas psiquiátricas y la atención a los enfermos mentales así como del desarrollo de la cinematografía española durante la etapa señalada (1975-1982), lo novedoso del trabajo presentado es el estudio de la interacción entre ambas disciplinas.

De este modo estudiaremos como influye el contexto sociopolítico en la imagen que de la psiquiatría y salud mental refleja el cine, indagando en la forma que el cine, herramienta cultural a la que accede gran parte de la población, ha reflejado la figura del psiquiatra y otros profesionales de la salud mental, de los enfermos mentales y demás elementos relacionados con el ámbito de la enfermedad mental.

**Palabras clave:** Psiquiatría, cine, contexto sociopolítico.

**Abstract:** In this study, our aim is to analyse the relationship between two independent disciplines, the cinema and the psychiatry, as well as the influence that historical and social events have on the evolution of this specialty of medicine and of a media accessible to the general public like the cinema.

We want to stress that, although many studies have been conducted on the evolution of psychiatric ideas and the attention paid to mental patients as well as the development



of Spanish cinematography during the mentioned period (1975-1982), the innovation of this research is the study of the interaction between these two disciplines.

We will study how the sociopolitical context influences the idea of psychiatry and mental health reflected by the cinema, researching into the way the cinema, a cultural instrument to which most of the population can have access to, has shown the figure of the psychiatrist and other professionals in mental health, of mental patients and other factors related to the field of mental disease.

**Key words:** Psychiatry, cinema, sociopolitical context.

## Introducción

En este estudio nos hemos propuesto analizar la relación entre dos disciplinas independientes como son el cine y la psiquiatría, así como la influencia que los acontecimientos históricos y sociales tienen sobre la evolución de esta especialidad de la medicina y de un medio accesible al público general como es el cine.

Nos proponemos realizar un estudio de la historia de la psiquiatría española durante el periodo señalado estableciendo un paralelismo con el desarrollo del cine en estos mismos años, investigando cómo se refleja la psiquiatría en el cine español, indagando la forma en que el cine, herramienta cultural a la que accede gran parte de la población, ha reflejado la figura del psiquiatra y otros profesionales de la salud mental, de los enfermos mentales y demás elementos relacionados con el ámbito de la enfermedad mental.

Nos planteamos que el marco socio-histórico debe necesariamente determinar la evolución de una y otra disciplina al estar incluidos en el mismo contexto y marco histórico, político y cultural.

## Material y método

Para realizar este trabajo hemos recurrido a diversas fuentes escritas: bibliografía relativa a psiquiatría, como a cinematografía: catálogos de Filmoteca Española de este periodo señalado, información sobre los estrenos de la época y la censura, así como circunstancias de producción, distribución y exhibición de largometrajes realizados.

Hemos realizado un estudio de la etapa: destacando los acontecimientos más señalados en relación al marco histórico-político, marco médico-psiquiátrico y marco cultural-cinematográfico. A continuación hemos buscado las películas con temática sobre psiquiatría y salud mental, es decir, cuyos personajes

sean enfermos mentales ó profesionales de la psiquiatría, seleccionando las más representativas.

## Marco histórico-político

El 20 de noviembre de 1975 muere Franco y es proclamado Juan Carlos I rey de España en un contexto político de gran incertidumbre. De esta forma se inicia un complejo proceso de transición, en el que se movilizan todas las fuerzas democráticas, que lleva desde la dictadura a la implantación, consolidación y desarrollo de un sistema democrático, cambiando así las condiciones políticas de forma estable (1).

En junio de 1977 se celebran las primeras elecciones democráticas y UCD con Adolfo Suárez a la cabeza obtiene la mayoría parlamentaria. En 1978 se procede al inicio del proyecto de Constitución, su aprobación puso fin a la existencia formal del régimen de Franco, España pasaba a regirse por una Constitución que consagraba un Estado social, democrático y de derecho (2).

## Marco médico-psiquiátrico

Debido a la existencia de la dictadura la Psiquiatría Comunitaria hizo acto de presencia en España con mucho retraso en relación con otros países. De manera que tras la caída del régimen entra en escena la influencia anglosajona en la práctica psiquiátrica y así comienza a hablarse de sociogénesis, se inician avances en el terreno de la asistencia comunitaria, se reintroduce el psicoanálisis y se produce el renacer de la investigación en el terreno biológico (3).

Dentro de la sanidad española el sector psiquiátrico es el área más conflictiva. El factor determinante es la miserable situación de la asistencia relegada a las diputaciones, órdenes religiosas y a unos pocos centros del Estado. La imagen de la psiquiatría entre la población general seguía

estando muy vinculada a una imagen muy decimonónica del manicomio, las instituciones frenopáticas y la locura (4).

A pesar de la censura cultural y política aún vigente en aquellos momentos algunos periodistas pudieron publicar informes muy pertinentes sobre la situación de absoluto deterioro y precariedad en que se encontraban los manicomios y la asistencia psiquiátrica española (5).

Eran momentos en que la enfermedad mental, la locura y sus mitos, los manicomios y sus puertas cerradas aparecieron en la prensa, formando parte de los debates intelectuales y las conversaciones entre los ciudadanos. Películas como *"Alguien voló sobre el nido del cuco"* (Milos Forman, 1975), *"La naranja mecánica"* (Stanley Kubrick, 1971), *"Family life"* (Ken Loach, 1971), *"Diario de una esquizofrénica"* (Nelo Risi, 1968), interpretada de manera extraordinaria por la actriz lorquina Margarita Lozano, alcanzaron gran popularidad.

De esta manera se produce una profunda renovación de las ideas imperantes sobre la locura, hay una crisis de los manicomios como establecimientos asilares provocada por movimientos sociales más amplios que abarcan a sectores de la población ajenos a la psiquiatría. Aparecen nuevas ideas sobre la concepción del sujeto que incorpora los componentes dinámico y social a los biológicos (6).

Por lo tanto lo que comenzó como una crítica ante la asistencia deteriorada y sin futuro fue madurando: primero con las ideas de la psiquiatría comunitaria y después con una formulación más sólida del modelo desinstitucionalizador. Esta maduración fue paralela al cambio político en que se enmarcó la transición desde la dictadura a la democracia plena (7).

Así, al final de la transición se mostraba la psiquiatría comunitaria como la única alternativa capaz de entender al individuo en su sentido global. La salud mental como objeto individual y colectivo pasa a ser un valor en alza. Había una creciente sensibilización de la población favoreciendo con esta actitud el proceso de desinstitucionalización.

### Marco cultural-cinematográfico

La cultura española se define a partir de 1975 por su pluralidad y diversidad de manifestaciones. Se crea el Ministerio de Cultura con amplias

competencias, en 1977 se suprime definitivamente la censura de espectáculos, medida fundamental para el desarrollo de la cinematografía, al igual que se suprime la obligatoriedad del No-Do (8).

De esta manera el cine puede diversificar su temática y abordar desde distintos aspectos cuestiones prohibidas durante la dictadura franquista. Aparecen documentales sociológicos y críticos con el franquismo: *"El desencanto"* (Jaime Chavarrí, 1976), *"Ocaña, un retrato intermitente"* (Ventura Pons, 1978), *"Función de noche"* (Josefina Molina, 1981). Surge el cine de denuncia social en el que se reflejan los problemas sociales emergentes: *"Depresa, deprisa"* (Carlos Saura, 1981), *"Maravillas"* (Manuel Gutiérrez Aragón, 1980), *"27 horas"* (Montxo Armendáriz, 1985), destaca el director Eloy de la Iglesia, en sus obras muestra la descomposición de la institución familiar, cimiento básico en que se sustentaba la dictadura franquista, *"Colegas"* (1982), *"El pico"* (1983), *"El diputado"* (1978), *"Miedo a salir de noche"* (1980), *"La criatura"* (1977).

El cine español se convierte en esta etapa en un testimonio vivo de la realidad, de la que realiza un análisis crítico. Los largometrajes realizados durante esta época tienen en común que mostraban su visión de una sociedad debilitada y enferma como consecuencia de la represión. Indagaban en la intimidad familiar, en las relaciones desquiciantes de los individuos a los que se les había proporcionado una educación represiva con gran carga moralizante (9).

De esta forma toma gran amplitud temática y formal, coexistiendo en esta época gran cantidad de géneros, opciones ideológicas y prácticas fílmicas diversificándose así las posturas cinematográficas.

Podemos observar como tras casi cuarenta años de forzoso silencio siguió una época de efecto de "descompresión expresiva" aflorando la originalidad e imaginación que llevó a los realizadores a abordar temas prohibidos. Se descubre la realidad como objeto cinematográfico incluyéndose las enfermedades mentales. Surgen largometrajes donde se muestran las patologías psiquiátricas *"Animación en la sala de espera"*, *"Mi hija Hidelgart"* (Fernando Fernán Gómez, 1977), *"El asesino de Pedralbes"* (Gonzalo Herralde, 1978). Destaca en esta etapa un título en el cine de autor catalán realizado por Josep A. Salgot, *"Mater amatisima"* (1980), en el cual Victoria Abril realiza su primer gran papel dramático. Basado



en un argumento de Bigas Luna narra las complejas relaciones entre una joven madre y su hijo autista, interpretado por un verdadero autista: Julito Cruz.

De esta manera al caer la dictadura el cine español comienza a asemejarse al europeo en la diversidad temática y libertad de expresión. Surgen largometrajes cuyos personajes, marginados y ácratas, anteriormente no se podían mostrar, acercando la salud mental y problemas sociales al público general. Proliferan los largometrajes pertenecientes al género documental utilizados como instrumento válido para auscultar el presente, se pueden considerar como un espejo de la España de cambio: un retrato parcial de los aspectos de la sociedad que habían sido anulados de forma voluntaria por la dictadura (10).

## Discusión

Durante la transición se movilizan las fuerzas democráticas, cambiando las condiciones políticas, legalizando los partidos y votando la Constitución. Esto se refleja en la práctica clínica de la psiquiatría y en el ámbito cultural-cinematográfico. La censura se va relajando hasta desaparecer completamente y el cine español se convierte en uno de los más libres afrontando los temas más atrevidos con inusitada franqueza. Esto incide especialmente en el género documental, que experimenta un auge cuantitativo inédito, apareciendo registradas las enfermedades mentales protagonizadas por enfermos de forma que proporcionan una visión menos efectista acercando más a la realidad la enfermedad mental, los problemas sociales, favoreciendo la sensibilidad de la población.

Revisando la producción filmográfica del periodo destacan como mas señeros tres largometrajes de ficción *“Mi hija Hidelgart”*, *“Mater amantísima”*, *“Con el culo al aire”* y cuatro largometrajes pertenecientes al género documental: *“El desencanto”*,

*“Animación en la sala de espera”*, *“El asesino de Pedralbes”* y *“Cadáver... es”*.

## Bibliografía

1. Santos Julia, J.L. García Delgado, J.C. Jiménez, J.P. Fusi. Capítulo 4: “La Democracia”, en “La España del siglo XX”. Editorial Marcial Pons. Madrid. 2007, pp. 227-230.
2. Powell Ch. “La transición a la democracia”, en “España en democracia (1975-2000)”. Barcelona. Editorial Plaza & Janes. 2001, pp. 128.
3. Gracia Guillén, D. “El enfermo mental y la psiquiatría española de la posguerra”, *Informaciones Psiquiátricas*, 120. 1990, pp. 161-171.
4. Comelles, J.M. “La crisis de la psiquiatría española durante el tardofranquismo y la transición. El caso del Instituto Mental de la Santa Creu”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. VI. Nº 19. 1986, pp. 619-635.
5. Costa, P. “El principio de autoridad y la sanidad española”. *Sábado Gráfico*, 745. 1971, pp. 5-9.
6. Menéndez Osorio, F. “Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a 2000: de un pensamiento único a otro”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXV. Nº 95. 2005, pp. 69-81.
7. Hernández Monsalve, M. “La psiquiatría comunitaria”. En: *Imágenes de la psiquiatría española*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Editorial Glosa. Barcelona. 2004, pp. 585-602.
8. Tusell, J. “Historia de España en el siglo XX”. Editorial Taurus. Madrid. 1998, pp. 239.
9. Monterde, J. E. “Veinte años de cine español. Un cine bajo la paradoja”. Editorial Paidós. Barcelona. 1993, pp. 23-25.
10. Hernández Ruiz, J., Pérez Rubio P., “Voces en la niebla. El cine durante la transición española (1973-1982)”. Editorial Paidós. Barcelona. 2004, pp. 35-38.

## Contacto

María Herrera Giménez. • H.G.U. Morales Meseguer.  
Calle Marqués de los Vélez s/n • 30008 Murcia  
mariapsiqui@hotmail.com

- Recibido: 21-10-2011
- Aceptado: 27-12-2011

# Fernando Sasiain Brau: de alcalde republicano de Donostia al exilio, expolio y encierro psiquiátrico

*Fernando Sasiain Brau: Republican Mayor of San Sebastian.  
A story of exile, spoliation and psychiatric confinement*

Iñaki Markez. Psiquiatra, CSM de Basauri, RSMBizkaia, Osakidetza.

Xabier Urmeneta. Psicólogo. Diputación Foral de Gipuzkoa.



**Resumen:** Fernando Sasiain Brau (18 de junio de 1894 - 15 de noviembre de 1957), donostiarra de nacimiento, ha pasado a la historia del siglo XX por su liderazgo en el republicanismo español y por haber sido alcalde de San Sebastián durante la Segunda República. Es un personaje histórico a recuperar. Fue una de esas personas ilustres que tuvo la mala suerte de nacer en el momento equivocado y encontrarse en medio de unas circunstancias históricas que no correspondían a un hombre de talante dialogante y negociador. Luchó por un ideal -la República- que quedó pronto olvidado. Tampoco parece que el hecho de haber sido alcalde de Donostia y anfitrión del Pacto de San Sebastián le haya dado un mayor relieve... Y, por si fuera poco, finalizó sus días en una institución psiquiátrica. Doble motivo para “ser olvidado”: represaliado por sus ideas políticas y “enfermo psiquiátrico”. Ha llegado la hora de reivindicar su figura.

**Palabras clave:** Fernando Sasiain, republicano, alcalde, exilio, melancolía.

**Summary:** Fernando Sasiain Brau (June 18, 1894 - November 15, 1957), born in San Sebastian, has passed into the history of the twentieth century for his leadership in Spanish republicanism and for having been mayor of San Sebastian during the Second Republic. He is a historical character whose story should be told. He was one of those distinguished persons who had the bad luck to be born at the wrong time and find himself in the midst of historical circumstances that did not suit a man of his disposition for dialogue and negotiation. He fought for an ideal -the Republic- which was soon forgotten. Nor does it seem that the fact of having been mayor of San Sebastian and host of the Pact of San Sebastián (considered the beginning of the Second Republic) gave him a higher profile ... And, last but not least, he ended his days in a psychiatric institution. A double reason to be “forgotten”: reprisals for his political views and for his “psychiatric patient” label. It’s time to reclaim his reputation.

**Key words:** Fernando Sasiain, Republican, Mayor, exile, melancholy.

## Los primeros años

Fernando Sasiain Brau nació en el número 27 de la calle Hernani de la capital donostiarra el lunes 18 de junio de 1894, hijo de Fernando Sasiain Muñita y de Petra Brau Alcorta, ambos tolosarras.

Poco conocemos de su infancia y juventud. Suponemos que fue la de un joven de clase media-alta, ya que la profesión y los cargos del padre (procurador) le debieron introducir en los círculos de una ciudad aristocrática donde la reina Isabel II estableció su corte de verano. Posiblemente acudió a alguno de los colegios religiosos que existían en la ciudad, donde aprobó el grado de Bachiller el 25 de junio de 1912. Seguidamente pasó a la universidad de Valladolid donde inició los estudios de Derecho el curso 1912-1913 y se licenció en 1918, con varios sobresalientes en su expediente.

Retornó a su ciudad natal, donde rápidamente se hizo con una interesante clientela como abogado y vivió de su profesión, pero lo suyo desde muy joven fue la participación en la vida política, sobre todo en los últimos años de la dictadura y, ya plenamente, en el quinquenio republicano.

## Líder republicano

Muy joven se inició en la política siguiendo la ideología de su padre, y empezó a militar en los partidos republicanos, entonces minoritarios y sin ningún tipo de poder político. Así, Fernando Sasiain fue concejal de San Sebastián (1920-1923) integrado en la minoría republicana, llegando a ser Teniente de Alcalde en 1922-23.

El 13 de septiembre de 1923 el Capitán General de Cataluña, Miguel Primo de Rivera, se pronunció en Barcelona y, con el beneplácito del Rey Alfonso XIII, se hizo cargo del Gobierno. Con la Dictadura se produjo un cambio en la forma de elección de los concejales y alcaldes: el Gobernador Civil nombraba a los concejales, los cuales a su vez elegían al alcalde. Por ello, el 12 de septiembre de 1923 fue desposeído de su cargo y desapareció de la vida pública durante unos años. No obstante, siguió militando (fue detenido en 1928 durante 2 días a fin de evitar una protesta contra el dictador en la que él iba a participar), y llegó a ser el líder indiscutible del movimiento republicano en San Sebastián.

El 28 de enero de 1930 llegó el fin de la dictadura de Primo de Rivera. Alfonso XIII, y lo que quedaba de los partidos que habían sustentado el régimen de la Restauración, tratarían de volver a la situación anterior a 1923 poniendo nuevamente en vigor la Constitución de 1876, y convocaron elecciones municipales para el 12 de abril de 1931. Pero el rey estaba desprestigiado, y las corrientes republicanas eran ya una realidad social, clara y sonora. Una realidad a la que Fernando Sasiain Brau había contribuido de forma muy significativa.

El Pacto de San Sebastián -el plan para provocar el cambio de Régimen en España, elaborado por la incipiente oposición republicana- resultó clave en el tránsito de la monarquía a la II República. Según los diarios de la época, la reunión se inició a las 11:30 de la mañana del domingo en el Hotel Londres, con una reunión preparatoria. Y la reunión oficial se celebró ese mismo domingo 17 de agosto de 1930 a las 15:30 en la Unión Republicana de San Sebastián, donde acuden los 15 principales líderes de la oposición republicana, siendo el anfitrión Fernando Sasiain. Tal como lo describió posteriormente el mismo Sasiain, fue un acuerdo *“entre todos los republicanos de los distintos matices, (para) ir a la revolución, puesto que no había otro camino para obtener nuestro inquebrantable propósito de establecer la República”*. Dicho pacto no fue un pacto escrito, sino un “pacto de caballeros” y según el comunicado oficial que publicaron, decidieron por unanimidad *“la conveniencia de gestionar rápidamente con ahínco la adhesión de las demás organizaciones políticas y obreras que en el acto de hoy no estuvieron representadas, para la finalidad concreta de sumar un poderoso auxilio a la acción que, sin desmayos, pretenden emprender conjuntamente las fuerzas adversas a la actual situación política”*.

Todos los periódicos de la época se hicieron eco de que uno de los escollos principales -y el primer punto que se trató- había sido la reivindicación de los delegados catalanes de obtener el Estatuto de Autonomía. Así, se decidió por unanimidad que Cataluña, al igual que Galicia y el País Vasco, podrían redactar su Estatuto, que debería ser refrendado por las Cortes.

Los reunidos acordaron también la creación del Comité Revolucionario Nacional y la preparación

de una insurrección con la colaboración de militares afines. Dicha intentona golpista llegó el 12 de diciembre de 1930 cuando la guarnición de Jaca proclama la República desde el balcón del Ayuntamiento. La que fue conocida como la “sublevación de Jaca”, iniciada por los capitanes García Hernández y Galán, se saldó con la muerte de ambos, unas cuantas cadenas perpetuas y el encarcelamiento del Comité Revolucionario Nacional.

También supuso que Fernando Sasiain fuera detenido durante unos días, acusado de haber participado en los altercados que sucedieron en San Sebastián y que se saldaron con la muerte de dos Guardias de Asalto.

## Alcalde de San Sebastián

### Elecciones del 12 de abril de 1931

Con la idea de que estaba en juego algo más que unas elecciones, y que había llegado el momento de dar el último empujón a la monarquía, éstas se celebraron el domingo 12 de abril, sin incidentes. Los comicios supusieron la victoria de la candidatura republicano-socialista en San Sebastián, y en 41 de las 51 capitales de provincia, y Fernando Sasiain Brau fue elegido alcalde de San Sebastián por la Conjunción Republicano-Socialista, al haber sido el concejal más votado (2.453 votos). Y aunque en número total de votos no ganaron los republicanos, el descrédito de la monarquía, unido al empuje del republicanismo en las grandes ciudades industriales, supuso que dos días más tarde Alfonso XIII abandonara voluntariamente el país y los líderes del *Pacto de San Sebastián* proclamaran la II República y el Gobierno Provisional, presidido por Niceto Alcalá-Zamora.

En San Sebastián el cambio se produjo sin incidentes. Fernando Sasiain ocupó de forma provisional la alcaldía el día 14 por la tarde hasta la toma de posesión definitiva el 19 de abril. En el discurso de investidura, Sasiain tocó los temas principales que le definen: aceptó el cargo con la condición de que el pleno se diera por enterado y aceptara que recibiría unos emolumentos por ello (práctica habitual pero que normalmente no trascendía más allá de la propia alcaldía) y manifestó que había llegado a la política “*preocupado seriamente por la cuestión social (...) Me arrastra la irritante desigualdad de clases, la irritante desigualdad en las retribuciones, (...)*”.

## Labor municipal

Fue alcalde y persona respetada y apreciada por la población. Incluso sus enemigos reconocieron su buen hacer (en 1943, cuando se le procesó, la alcaldía franquista informó que “*su conducta y moralidad privada son buenas*” y la Jefatura de Policía franquista informó “*durante el periodo rojo ejerció gran actividad desde la Alcaldía, aunque se mostraba contrario a los derramamientos de sangre*”).

Fueron muchas e importantes las realizaciones de la Corporación donostiarra que presidió y cuyas huellas permanecen hoy día: la inauguración del Museo San Telmo en septiembre de 1932; la recuperación del Palacio de Miramar para la ciudad; las Escuelas de Atocha y Urgull; diferentes mercados, como el de la Pescadería de la Brecha y el Mercado de Gros; inauguración de la Plaza de Zaragoza; el Edificio de Servicios Municipales de la calle Easo 43; se aprobó la construcción del espigón de Gros y reinauguró el Teatro Principal.

En tiempos de Fernando Sasiain también se dio un impulso definitivo a lo que hoy conocemos como el complejo hospitalario “Donostia”; inauguró el Instituto Radio-Quirúrgico de Guipúzcoa, el cual fue el segundo centro anticanceroso de España; se inició igualmente el Ensanche de Amara; se inauguró la actual Avenida de Navarra; se instaló el primer semáforo de la ciudad; comenzó la apertura de nuevos accesos en Urgull, etc.

A nivel personal, hay que destacar que el 24 de agosto de 1932 había solicitado “una licencia de dos meses para reponer su salud y ordenar sus asuntos particulares” y dejó la alcaldía de San Sebastián hasta el 6 de febrero de 1933. El pleno aceptó de buen grado conceder la licencia e hizo votos por su pronto restablecimiento. Aunque no consta ni el motivo por el cual la pidió ni cómo pasó esos 5 meses, en el historial médico posterior se afirma que fue por depresión y por algunas notas que aparecen en las actas municipales y en la prensa de la época, es posible que residiera en Madrid durante unos meses. No obstante, durante el tiempo en que estuvo de baja, siguió participando en iniciativas en favor del proyecto estatutario.



El presidente de la República en San Sebastián. S. E. el jefe de Estado, con el presidente del Consejo de Ministros, D. Alejandro Lerroux; el ministro de Jornada, Sr. Gómez Paratcha; alcalde de San Sebastián, Sr. Sasiain, y autoridades locales, a la llegada del primero a la capital de Guipúzcoa (Foto Marín).

## El Estatuto de Autonomía Vasco

Fernando Sasiain destacó también por su promoción del Estatuto Vasco de Autonomía y los esfuerzos para conciliar las distintas visiones. El desarrollo del Estatuto Vasco contó con dos iniciativas paralelas, una del PNV (*Comisión de los Ayuntamientos*) encabezado por el alcalde de Getxo -y futuro lehendakari- José Antonio Aguirre) y otra del resto de partidos republicanos (*Comisiones Gestoras*), buscando su fuerza en las Diputaciones. Desde su cargo municipal apoyó el proyecto de Estatuto de Autonomía para el País Vasco con entusiasmo, y se alineó con el proyecto aprobado por las Comisiones Gestoras.

Las divergencias entre ambos proyectos autonómicos se pusieron de manifiesto desde el inicio. Los ayuntamientos acordaron celebrar una asamblea que finalmente tendría lugar en Estella, para aprobar el texto entregado por la Sociedad de Estudios Vascos. Diputaciones -y Ayuntamiento de San Sebastián- trataron de llegar a un acuerdo con los representantes del movimiento municipalista para lograr unificar el proyecto autonómico pero el acuerdo no sería posible. Esa incapacidad para aunar los textos -opción en la que Sasiain creía y en la que trabajó- llevó a que se retirara públicamente del tema, sea por ideología sea por los problemas de salud ya mencionados.

Una vez repuesto de su enfermedad, continuó tanto con su actividad municipalista como con la pro-estatuaria. En su labor pro-estatuaria formó

parte del llamado “Comité de los Dieciocho”, un comité mixto que tenía como encargo poner en marcha el texto conjunto de Estatuto. Finalmente, se logró un texto único y el 21 de diciembre de 1933 se celebró el acto de entrega del Estatuto Vasco al Parlamento español, y Sasiain fue el encargado de entregar el texto a los presidentes del Consejo de Ministros y del Congreso de los Diputados y al Presidente de la República D. Niceto Alcalá-Zamora.

Pero la aprobación del Estatuto de Autonomía del País Vasco se retrasará hasta el 6 de octubre de 1936, en plena guerra civil, cuando ya había caído San Sebastián en manos de las tropas franquistas, Bilbao estaba asediado, y Vitoria se había ya posicionado a favor de los insurrectos.

## Bienio “negro” y revolución de octubre de 1934

### La guerra del vino

La principal crisis que sacudirá a San Sebastián durante la II República se producirá a lo largo del verano de 1934 y será conocida como “La Guerra del Vino” o la “Revuelta de los Ayuntamientos Vascos”. El problema que originó el conflicto fue el intento del Gobierno de poner en vigor el “Estatuto del Vino”, que en definitiva suponía privar a las haciendas vascas de una parte sustancial (entre el 25 y el 30%) de sus ingresos al desaparecer el arancel sobre los alcoholes.

En este conflicto el Ayuntamiento de San Sebastián y su alcalde, Fernando Sasiain, jugaron un papel determinante. Asumió la dirección del proceso en defensa del Concierto Económico y de la autonomía y finalmente se decidió convocar elecciones para el nombramiento de una comisión encargada de la defensa del Concierto Económico. La jornada electoral, prohibida por el Gobierno, provocó su detención en agosto de 1934. La reacción del Gobierno fue tajante: destitución de los concejales y alcaldes y nombramiento de gestores municipales, que se mantendrán en el poder municipal hasta la llegada del Frente Popular en 1936. En consecuencia, el 5 de septiembre fue suspendido por el Gobernador Civil y abandonó la vida municipal hasta el triunfo del Frente Popular en febrero de 1936.

Así, el 20 de febrero el Consejo de Ministros toma el acuerdo de reponer en sus cargos a todos los miembros de ayuntamientos suspendidos gubernativamente, y el sábado 22 Fernando Sasiain se persona junto con el Gobernador Civil para retomar la alcaldía. Su primer acto es convocar un pleno municipal al día siguiente, domingo, a las 12 del mediodía para que los concejales vuelvan a sus cargos.

### La guerra

Pero 1936 iba a ser el año del golpe de estado, el año en que millones de personas vieran trastocadas sus vidas. La sublevación militar dará comienzo el día 17 de julio en Melilla y rápidamente se extiende la noticia a la Península. Esa misma tarde es conocida en San Sebastián y a lo largo de la jornada se celebran intensos contactos entre los dirigentes de las diversas fuerzas políticas. Después de diferentes avatares el 28 de julio fracasa definitivamente el intento en San Sebastián y los militares golpistas se entregan.

Tras la derrota de los sublevados, San Sebastián y gran parte de Guipúzcoa queda nuevamente en manos de los republicanos, pero ya no serán las instituciones tradicionales (Ayuntamientos y Diputación) las que controlen la ciudad, sino las “juntas de defensa”, que serán las encargadas de organizar y controlar la vida ciudadana.

Al declararse la Guerra Civil, Fernando Sasiain siguió activo, aunque claramente sobrepasado por la situación, ya que no era un hombre de acción militar, sino de acción política. De hecho, en agosto de 1936 presentó su dimisión como alcalde, dimisión que no fue aceptada o no se llevó a cabo. A nivel personal, no fue fácil: en una ocasión estuvo a punto de ser fusilado por milicianos descontrolados, salvándole la vida el Comisario de Orden Público. La sublevación, que ha triunfado en varias ciudades, sigue su curso, y el 12 de septiembre de 1936 se produce la evacuación de San Sebastián, ya que no parece posible defenderla frente a las tropas que llegan tanto desde Irún como desde Pamplona.

Fernando Sasiain, que siguió firmando como “Alcalde de San Sebastián”, fue evacuado a Bilbao, donde intervino, como miembro de la mesa presidencial, en la elección del primer

Presidente del Gobierno Autónomo de Euzkadi, el 7 de octubre de ese año, en la persona de José Antonio Aguirre.

La ofensiva de 1937 en Bilbao le obligó a un nuevo desplazamiento hacia Santander, territorio aún republicano, y poco después hacia Francia y, desde allí, pasó a Barcelona, donde siguió dirigiendo las actividades del ayuntamiento de Donostia, y participando en la vida política. Antes de exiliarse definitivamente a Francia, tras la caída de Barcelona en enero de 1939, participó en un congreso de unificación republicana celebrado en Valencia, siendo elegido presidente del Consejo nacional formado por todas las facciones del nuevo partido Izquierda Federal.

A nivel personal, también sufrió -como tantas y tantas familias de la época- la represión y la angustia en su propia carne. Su hermano pequeño es juzgado sumarísimamente en 1937 y condenado a 12 años y 1 día por su participación en la defensa de la República; encarcelado en la cárcel donostiarra de Ondarreta, sólo cumplirá un año largo de esa condena siendo excarcelado en noviembre de 1938.

### El exilio y la represión

Estuvo exiliado en el País Vasco francés, al otro lado de la frontera (Donibane Lohitzun y Ziburu), desde 1939 a 1950, junto con su padre y un hermano. Poco conocemos de su vida cotidiana aunque tenemos datos significativos sobre esa época. Sabemos que nunca abandonó su actividad política y como presidente del Partido Republicano Federal firmó el Pacto de Bayona, e intercambió correspondencia tanto con el PNV como con el Gobierno Republicano en el exilio y algunas representaciones de gobiernos extranjeros.

Su padre, que había partido con él al exilio, retornó a San Sebastián, donde falleció en 1943, sin que Fernando y su hermano pudieran acudir a darle el último adiós. También sabemos que el otro hermano varón falleció en 1945 en Barcelona, sin que tampoco pudieran despedirse de él.

La represión también se cebó en Fernando Sasiain, un personaje clave en el advenimiento de la IIª República y que no podía ser acusado de odio ni de mensajes sectarios ni muchísimo menos de ningún tipo de violencia. Fue condenado por

Sentencia del Tribunal Regional de Responsabilidades Políticas de Pamplona a la pérdida total de sus bienes y 15 años de extrañamiento, por haber pertenecido al Partido Republicano Federal, haber sido Alcalde de San Sebastián y haber participado en el Pacto de San Sebastián.

Consta también que la policía española no cejó en su obsesión por él, y envió a tres agentes para que, con auxilio de las fuerzas de ocupación nazis, le trajeran a España para ser juzgado. En consecuencia, en abril de 1941 el ejército alemán le detuvo y fue encarcelado en la cárcel de Bayona durante unos 2 meses. Por razones no aclaradas, el jefe de la Gestapo de Biarritz no accedió a entregarle a las autoridades españolas y pudo seguir viviendo en Ziburu.

La situación económica de la mayoría de exiliados fue difícil y se fue deteriorando con el tiempo, tanto por el inicio de la II Guerra Mundial como por la pérdida de influencia del gobierno republicano en el exilio. Fernando Sasiain, que no tenía fortuna personal, también pasó por grandes penurias económicas, llegando a estar en la indigencia. Vivió de algunas ayudas económicas que le pudo facilitar el gobierno mexicano a petición del republicano en el exilio y, según declaró él mismo, sobrevivió dedicándose a la pesca.

Sea fruto de estas penurias, del encarcelamiento sufrido, del acoso que vivía por parte de la policía y la justicia española (que le estaba incoando causas en rebeldía), de los fallecimientos de su padre y hermano, o por todo el conjunto, se reavivaron sus problemas de salud mental y en algún momento hizo un intento de suicidio, por el cual estuvo internado en un centro sin determinar -y por un período también indeterminado- hasta principios de 1947.

Desde entonces, aunque siguió con su actividad política como Presidente del Partido Republicano Federal de Euzkadi, es sabido que empezó a sufrir depresiones severas, que no le abandonarían ya hasta el final de sus días.

Pero la represión se cobró también más víctimas: toda su familia se vio afectada, y todos los familiares que aún viven recuerdan el miedo a hablar del tema por parte de sus mayores, y cómo se convirtió en un tema tabú. Quizás influidos por

estas circunstancias, muchos de sus familiares se fueron de Gipuzkoa a otras tierras.

*Cuando Fernando vino a España era por el año 50 y yo tenía 8 años... y recuerdo que era un tema esto que el hablarlo era con cuidado por miedo o porque no se conociera, no se daba datos porque no se quería dar a conocer y que no se hablara... No se quería que se supiera... yo siempre he tenido curiosidad de saber algo más de ese asunto... sobrina nieta de Fernando Sasiain.*

## El retorno

Tras la derrota del Eje y siendo el último régimen fascista existente, el gobierno había empezado a publicar algunos decretos de indulto. Fue acciéndose al decreto de indulto publicado con motivo del Año Santo de 1950 que Fernando Sasiain retornó del exilio el 27 de diciembre de 1949. Parece que su retorno se produjo en malas condiciones de salud ya que pocos días después estaba ingresado en el Sanatorio Psiquiátrico de San Sebastián por padecer melancolía (forma grave) señalando la dirección del centro hospitalario la inoportunidad de salir a prestar declaración pues influiría desfavorablemente en el curso de su enfermedad.

A lo largo del año 1950 hay constancia escrita de diversas comunicaciones del Director en funciones del Sanatorio Psiquiátrico Provincial -el doctor Ricardo Bueno- quien escribe al Comandante Juez del Juzgado Militar nº 2 de San Sebastián desaconsejando que prestara declaración. Este tipo de notificaciones sobre su estado de salud se realizaban cada quince días durante los primeros meses. A lo largo del año 1950 se suceden los informes del Sanatorio Psiquiátrico, alternando entre las ligeras mejorías y los agravamientos.

Vista la súbita mejoría que llevó al alta temporal a finales de 1950, hay cierta confusión sobre si esos partes correspondían al estado mental real o tenían también una finalidad de protegerle frente la represión militar que le acechaba. En todo caso, el 10 de octubre de ese año de 1950 solicitan desde el Sanatorio Psiquiátrico su ingreso en el manicomio de Palencia. Sin embargo, once días más tarde se desaconseja su ingreso en el psiquiátrico por mejoría, y el 22 de noviembre el informe señala que se le había dado el

alta, lo que desencadenó automáticamente una citación para que se presentara a declarar.

La declaración se produjo el 11 de diciembre de 1950. Sorprende la claridad de la autodefensa de Fernando Sasiain: él actuó cumpliendo únicamente con sus deberes como alcalde de San Sebastián. Fruto de su declaración quedó en situación de libertad provisional, pendiente del resultado del posible Consejo de Guerra por “rebelión”. Aunque en la documentación militar a la que hemos accedido empezaba a hablar ya de sobreseimiento, es seguro que Sasiain no llegó a conocerlo.

No sabemos cómo vivió esta situación ni qué inestabilidad le produjo. Pero sus hermanas -con las que residía- pidieron que se le ingresara en un centro ya que tenían miedo de que pudiera hacer algún nuevo intento de suicidio. Y pidieron que dada la trascendencia pública de su persona, se le ingresara en un centro fuera de Gipuzkoa.

Lo cierto es que en la primavera de 1951 ingresa de nuevo en el Sanatorio Psiquiátrico de San Sebastián y el 25 de abril solicitan su ingreso en el Psiquiátrico de Palencia, lo que se realiza cinco días más tarde.



Foto: Hospital Psiquiátrico de S. Juan de Dios en Palencia en los años 50.

Hay que recordar que estamos en los tiempos del Dr. Vallejo-Nájera, militar y psiquiatra de referencia para el Régimen franquista. Para Vallejo, el manicomio debía *ser por encima de todo una institución de orden, de mando único y disciplina pretoriana del personal facultativo, auxiliar y administrativo...* recomendando el internamiento psiquiátrico *a toda clase de psicópatas socialmente indeseables, incluidos los “jóvenes, vagabundos, inafectivos, inestables, pervertidos sexualmente”*. Defendió

la autenticidad de la raza hispánica insistiendo en la necesidad de una *política racial para purificar el medio ambiente que durante siglos había corroído, corrompido y degenerado el biotipo de los hispanos*. Para ello que mejor que una rígida moral, imponiendo la religiosidad y el patriotismo que fomentan las virtudes y destruyen el vicio. Claro que su opinión sobre la democracia era muy clarificadora; era socialmente nociva porque liberaba las tendencias psicopáticas de la gente y terminaba por degenerar la raza: *la democracia tiene el gen inconveniente de que halaga las bajas pasiones y de que concede iguales derechos al loco, al imbécil y al degenerado*. La obsesión por imponer la ideología fascista también en el ámbito de la atención psiquiátrica llevó a imponer la razón de la fuerza, tan alejada de la fuerza de la razón, el sentido común y los derechos de las personas.

Con este caldo de cultivo, los manicomios de la postguerra estaban llenos, sobresaturados, al contrario de lo que se ha solido difundir. Ante la saturación del manicomio de Santa Águeda de Mondragón, se enviaba a los pacientes psiquiátricos de Gipuzkoa a Palencia ya que la Diputación tenía concierto con aquella institución.

El hecho de que Ricardo Bueno o Luis Martín Santos, ambos de trayectoria alejada del franquismo, como responsables del Sanatorio Psiquiátrico estuvieran informados y dieran su consentimiento para que Fernando Sasiain fuera trasladado a Palencia, sugiere la gravedad de su estado de salud mental. O quizá la necesidad de sacarle de su provincia y así evitar tanto el acoso judicial que ya padeció durante su primer año tras el retorno y su posible encarcelamiento, como que estuviera en el punto de mira social. Aún cabe pensar que la propia sociedad guipuzcoana -que no había sabido defender a uno de sus hijos ilustres, a un hombre que había sacrificado su vida personal por el bien de San Sebastián, del Estatuto Vasco y de la República-, prefería no tenerle delante y no vivir cada día el oprobio de ver la injusticia que se estaba cometiendo, apartándole como siempre se ha hecho con los “locos”.

En Palencia permaneció desde 1951 a 1957. No consta ningún tipo de salidas ni permisos, ni informes de derivación ni de seguimiento para otras instituciones. A ese hospital psiquiátrico, de corte manicomial como todos los de la época, acudían



sus hermanas a visitarle, aunque las visitas se fueron espaciando con el consiguiente disgusto de Fernando y su culpabilización hacia la familia, por quien se sentía abandonado.

Fernando Sasiain Brau, alcalde republicano de San Sebastián, ingresado en un psiquiátrico aquejado de “melancolía aguda” y olvidado por la mayoría de la gente a la que él había servido como alcalde, falleció en Palencia, de muerte natural, el día 15 de noviembre de 1957.

Fue enterrado en el cementerio de Palencia, y allí reposan sus restos.

### Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a Francisco Etxeberria, José Luis Munoa, Arantza Garayalde, Jesús Barreiro, Iñaki Goigana... así como a las instituciones que han aportado notoria información como es el caso del Archivo Histórico del Nacionalismo Vasco, la Sociedad de Estudios Aranzadi, archivo del Hospital Psiquiátrico de Palencia y archivos del Ayuntamiento de Donostia. El amplio trabajo del cual este artículo es una pequeña muestra se debe a sus aportaciones entre otras muchas colaboraciones.

### Bibliografía

Barruso, P. (1999) El difícil regreso. La política del Nuevo Estado ante el exilio guipuzcoano en Francia (1936-1939). *Sancho el Sabio*, 11: 101-140.

Barruso, P. (2006) *Verano y revolución. La guerra civil en Gipuzkoa*. Kultura Zuzendaritza Nagusia, Gipuzkoako Foru Aldundia.

Egaña, I. (2009). *Los crímenes de Franco en Euzkaldherria, 1936-1940*. Tafalla, Txalaparta.

González Duro, E. (2008). *Los psiquiatras de Franco: los rojos no estaban locos*. Barcelona, Península.

Munoa, J.L. (2001). 70 años del Pacto de San Sebastián. *Cuadernos Republicanos* 45: 37-45.

Rodríguez Ranz, J.A. (1994) *Guipúzcoa y San Sebastián en las elecciones de la II República*. San Sebastián, Kutxa.

Zabaleta García, M. (1995) “Fernando Sasiain: un alcalde republicano para San Sebastián” en *Cuadernos Republicanos* 24: 65-82.

### Contacto

Iñaki Markez

CSM de Basauri, RSMB • Nagusia s/n • 48970-Basauri

imarkez@euskalnet.net

• Recibido: 21-10-2011.

• Aceptado: 2-2-2012.

# “La cuestión de los manicomios vizcaínos” en la prensa de la época (1930)

## “*The Biscay’s asylums issue*” *in the press of the time (1930)*

Oscar Martínez Azumendi.

Psiquiatra. Red Salud Mental Bizkaia. • Comarca Interior. Osakidetza.

**Resumen:** La relación entre prensa y psiquiatría no está exenta de tensiones, temerosa la segunda de la imagen que los medios suelen ofrecer de la enfermedad mental. Pero perdemos de vista con facilidad que por otra parte, muchos de los cambios asistenciales observados han sido propiciados por el debate abierto en los medios de comunicación. Uno de estos revuelos mediáticos tuvo lugar en nuestro entorno, en enero de 1930, coincidiendo con los momentos finales de la Dictadura de Primo de Rivera, frente a la que se situaban algunos psiquiatras que reclamaban mejoras en la asistencia y enseñanza de la profesión. El motivo del debate fue el malestar generado en Bilbao entre la clase médica por el alboroto iniciado a mediados de ese mes en torno a los dos hospitales psiquiátricos vizcaínos de la época, tras una serie de sueltos en el periódico El Sol denunciando la situación existente y proponiendo asimismo ciertas mejoras para paliar las deficiencias señaladas.

**Palabras clave:** Prensa, psiquiatría, manicomio.

**Abstract:** The relationship between media and psychiatry is not without its tensions, because of the image that the media often provide about mental illness. But we easily forget that, on the other hand, many of the observed changes in care were encouraged by the debate initiated in the media. One of these debates took place very close to us, in January 1930, coinciding with the final moments of the dictatorship of Primo de Rivera, against which were placed some psychiatrists who asked for improvements in health and training of the profession. The reason for the debate was the discomfort created in Bilbao among the medical establishment by the commotion around the two mental hospitals in Biscay at the time, after a series of articles in the newspaper “El Sol” denouncing the situation and also proposing some improvements to address the shortcomings identified.

**Key words:** Media, Psychiatry, Asylum.

### Introducción

Cuando hablamos de prensa y psiquiatría, con facilidad nos viene a la cabeza cierta desazón temerosa de la imagen que muchas veces los medios muestran de las personas aquejadas de una enfermedad mental. Sin embargo, pocas veces somos capaces de reconocer el importante papel que los medios han tenido y tienen a la

hora de catalizar cambios y reformas, propiciadas precisamente por sus reportajes y denuncias. Auténticos trabajos de investigación periodística que llegan especialmente a la opinión pública cuando han ido acompañados de impactantes imágenes<sup>1</sup>, pero que igualmente han generado importantes consecuencias reformadoras desde aparentemente modestas columnas periodísticas.

Es el caso que nos ocupa, fechado en 1930, pocos años después de la creación de la Asociación Española de Neuropsiquiatras en 1926 y la Liga de Higiene Mental, agrupaciones ambas que recientemente habían celebrado sus Reuniones Nacionales en Bilbao a finales de 1928. Se trata de un revuelo mediático coincidente con los momentos finales de la Dictadura de Primo de Rivera, a la que se venían enfrentando también diversos sectores de intelectuales, profesionales y académicos, entre ellos algunos psiquiatras que reclamaban mejoras en la asistencia y enseñanza de la profesión. La caída de la dictadura, el 28 de enero de 1930, compartió titulares con el momento álgido del malestar generado en Bilbao entre la clase médica por el alboroto iniciado a mediados de ese mes en torno a los dos hospitales psiquiátricos vizcaínos de la época, tras una serie de sueltos en el periódico *El Sol* denunciando la situación existente y proponiendo asimismo ciertas mejoras para paliar las deficiencias señaladas.

El diario *El Sol* se editaba en Madrid desde 1917, siendo considerado en cierto momento por algunos como uno de los mejores de Europa y mejor de España, a la vez que era tachado de intelectual y elitista por otros. Con claro interés en la transformación política y social del país, sus páginas, por ejemplo, no incluían la lotería ni información taurina, a la vez que los sucesos ocupaban muy poco espacio entre ellas. De carácter independiente y desestimando subvenciones, su público predominante eran burgueses liberales cultivados.

Pero antes de seguir, contextualicemos primero la asistencia psiquiátrica en Bizkaia a principios del siglo pasado, cubierta precariamente por dos hospitales ubicados en Bermeo y Zaldibar. El primero, de propiedad municipal, fue inaugurado en 1900 y bien pronto se vio desbordado, por lo que la Diputación adquirió un antiguo balneario en terrenos de Zaldibar para reconvertirlo en hospital psiquiátrico a partir de 1923. La dirección es

asumida entonces por el Dr. Hueto desde Bermeo, para ocupar estas funciones el Dr. Wenceslao López Albo<sup>2</sup> en septiembre de 1924, hasta su cese en mayo de 1928 por trasladarse a Santander para organizar el nuevo hospital fundado por el marqués de Valdecilla. Quedó al cargo del hospital, como subdirector, el Dr. Severo Aranzamendi, que había sido contratado en los primeros meses tras la inauguración como “médico auxiliar interno”. López Albo, que fue Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras entre 1930 y 1935, estuvo estrechamente vinculado a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, organizando en sus locales la III Reunión Nacional de la AEN junto a la II Reunión Anual de la Liga de Higiene Mental (septiembre de 1928), con ocasión de las cuales un grupo de congresistas visitó el *Hospital de Zaldibar*, con “*suculenta merienda servida en los jardines del establecimiento*”<sup>3</sup> incluida. Una inspección cuyas reacciones, veremos luego, se presentaron como prueba de complacencia ante lo percibido por parte de los congresistas allí desplazados.

### Las denuncias de *El Sol*

A mediados de enero de 1930<sup>4</sup>, *El Sol* (fig. 1), en la página dedicada a la “*Información general de toda España*”, el apartado que dedica al País Vasco lo encabeza una breve nota de redacción en que se pregunta por qué ya nadie hablaba en Bilbao del problema manicomial, censurando a renglón seguido “*en los establecimientos de Bermeo y Zaldibar, de instalación deficientísima, se hacinan los alienados, desamparados de una dirección técnica apropiada. Se está obrando como si se creyera -y puede ser que algunos lo crean- que un manicomio es un almacén de locos. Pero a los locos no se los recluye únicamente para que no perturben la vida de los cuerdos, sino para intentar restituirles la salud mental que perdieron. Y esto es lo que no puede hacer un médico carente de especialización*”, para terminar preguntándose a qué se esperaba para actuar sobre dicha situación.



(Fig. 1) Cabecera del diario “*El Sol*”, que el 15 de enero de 1930 desencadenó la réplica mediática en Vizcaya, cerrando filas en defensa del Hospital de Zaldibar y sus profesionales.

Una semana después<sup>5</sup>, en la misma sección se reitera que el problema existe, apuntándose que si se van dando largas al asunto es porque los alienados no se quejan, mientras son tratados con camisas de fuerza. En el mismo artículo, por otra parte se reconoce la fama de las entidades benéficas de Bilbao y Vizcaya como unas de las mejores de España, lo que contrastaría con la situación de sus manicomios en los que se dice no existir la terapéutica ni psiquiatras que la impongan. Termina señalando que seguramente el tema resultaría antipático a algunos, a la vez que se anunciaba que en fechas próximas se abordaría lo que habría que hacer con ambos manicomios.

Al día siguiente, jueves, de esa segunda nota, el vespertino nacionalista bilbaíno *La Tarde*<sup>6</sup> (fig. 2) la reproduce textualmente, emplazando a las autoridades competentes a dar rápidas noticias de la situación real de ambas instituciones, con el fin de “desmentir afirmaciones aventuradas, con un fin que rueda ya por el ambiente”.



(Fig. 2) Cabecera de “La Tarde”. De los primeros rotativos locales en hacerse eco de lo publicado por “El Sol”.

El viernes, el conservador independiente *El Noticiero bilbaíno*<sup>7</sup>, reproduce igualmente parte del texto de *El Sol* sin otros comentarios o valoraciones que terminar esperando la continuación anunciada por el rotativo madrileño. Ese mismo día, en el monárquico *El Nervión*<sup>8</sup> se da cuenta de la visita periodística realizada junto al vicepresidente de la Diputación de Vizcaya, Luís Arana, y el arquitecto provincial Diego de Basterra al “magnífico manicomio de Zaldivar, espléndida instalación de Beneficencia que tan admirablemente sostiene nuestra diputación”, a la vez que se recoge la plantilla asistencial de la institución compuesta por el subdirector Severo Aranzamendi, junto a Antonio Babío (médico interno), Atilano Feijoo (jefe de laboratorio) y Manuel Allende (dentista), además de las Hermanas de la Caridad y otro personal. En ese momento había 285 pacientes acogidas, 12 de ellas pensionistas. Tras negarse la utilización de la camisa

de fuerza ni el hacinamiento de las mujeres, el artículo da unas breves estadísticas de curaciones y defunciones, así como de la extensión de los terrenos ocupados y una referencia a la nueva capilla que, proyectada por Diego de Basterra y dedicada a la Milagrosa, a falta todavía del pórtico, ya estaba bellamente decorada con preciosos frescos (fig. 3).

Fue Juan de Aranoa quien los realizó como becario de la Diputación, retratando en los murales a varias personas que en aquella época trabajaban en el hospital. Resulta curioso que en ninguna parte de este texto se haga referencia a las denuncias de *El Sol*, si bien es claro que esa descontextualizada visita de desagradío tuvo que ser precipitadamente organizada por ese motivo: “hemos visitado el manicomio de Zaldivar y no vemos el mal por parte alguna. Allí todo es espléndido y buen trato por parte de todos”. Sin embargo, justo un día después, ese mismo periódico ya hacía referencia a los

comentarios del diario madrileño como alentadores de la visita<sup>9</sup>, a la vez que otros diarios locales<sup>10-11</sup> reproducen con ligeras variaciones lo que ya resulta evidente que, más que un trabajo propiamente periodístico, se trata de una propagandística nota de prensa redactada por la propia Diputación para “los periodistas que hacen información en el Palacio del Señorío”.

Ese mismo sábado<sup>12</sup>, el también monárquico *El Pueblo Vasco*, defiende vehementemente en su portada las bondades del Hospital de Zaldivar junto a la diligencia de la Diputación en sus compromisos asistenciales. Además, reconociendo desconocer si sus médicos eran especialistas aunque aceptando esa posibilidad, se pregunta si en alguna Facultad española se expide la titulación de psiquiatra con carácter oficial, para finalmente incluir equivocadamente la figura de un director médico entre el cuadro facultativo,

cargo vacante en el hospital desde la marcha de López Albo en 1928. En relación con Bermeo deja entrever sus deficiencias, aunque justifica que no se referirán a su hospital “*por tratarse de una institución de carácter municipal que quizás no responda en su funcionamiento a las exigencias de un sanatorio moderno*”.

primer hospital para niños, o los proyectos de Huelto sobre asistencia al alienado, el plan de reformas propuesto por López Albo o las discusiones propiciadas por el todavía entonces reciente Congreso de Higiene Mental celebrado en Bilbao con ocasión del Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatras de 1928.



(Fig. 3) Uno de los múltiples frescos de Juan de Aranoa en la capilla del Hospital de Zaldibar. Patrimonio poco conocido de la red de salud mental de Osakidetza, en grave riesgo de deterioro irrecurrible por el estado de abandono en que se encuentra el templo (foto J.A. Torices).

A la vez, en primera página de *La Tarde*<sup>13</sup>, el psiquiatra local Cesar A. Figuerido señala las formas y tono severo y áspero de *El Sol*, pero sobre todo el fondo de las denuncias. Presuponiendo que no habrían sido médicos los autores de las notas publicadas, alude al reciente Congreso de Higiene Mental que se había realizado en Sevilla donde se debatió en torno al “*problema español de asistencia al alienado*”, poniéndolo como ejemplo de foro más adecuado para ese tipo de debates. Teniendo en cuenta la situación general del país, “*el problema de los manicomios no es de Vizcaya ni particularmente de Vizcaya; pertenece al ‘gran problema psiquiátrico español’*”. Cuando, sin embargo, se insiste sobre Vizcaya es que, sin duda se tiene una extraña preferencia sobre nuestros manicomios”. Prosigue entonces reconociendo la existencia de una legislación obsoleta, a la vez que resalta algunas iniciativas pioneras vizcaínas tales como el Reformatorio,

Mientras tanto, los médicos de Zaldibar ya habían enviado una carta a *El Sol* solicitando la rectificación de las afirmaciones vertidas en su contra y del hospital. Lejos de ello, el periódico en una nueva nota se reafirma en la deficiencia y no adecuación del edificio hospitalario, independientemente de que este fuera “*grande u agradable para el profano visitante*”<sup>14</sup>. A la vez que en relación con el personal asistencial lo valora como escasamente dotado de médicos especialistas y enfermería especializada, llamando la atención más concretamente sobre la inexistencia de Director médico desde hacía ya dos años. En dicha carta, se hace referencia a ciertas alabanzas de algunos psiquiatras tras la visita al establecimiento a la que nos referimos antes, unos cumplidos que son crudamente interpretados desde el diario como resultado de meras fórmulas de cortesía. De igual forma, los méritos

alegados por los médicos de Zaldivar en relación con López Albo se contrarrestan recordándoles que hacía dos años había dejado la dirección médica, así como se señala que el trabajo de Feijoo sobre la serología de las enfermedades mentales presentado en el Congreso de Higiene Mental, independientemente de su valor científico, no podía considerarse ejemplo de conocimientos en materia de psiquiatría clínica, para luego reiterar la “*falta de psiquiatras auténticos en los manicomios de Vizcaya*”.

*El Pueblo Vasco*<sup>15</sup>, si días antes se había inhibido de hablar sobre el hospital municipal de Bermeo, en una nueva columna sugiere que fuera asumido por la Diputación o que esta construyera un nuevo manicomio con el objetivo de ampliar el número de camas disponibles que permitieran recoger a los enfermos distribuidos por distintas provincias, imposibilitados por este motivo de recibir las visitas de sus allegados. Poco a poco, los ánimos tuvieron que ir caldeándose entre los médicos vizcaínos, disconformes con el trato recibido desde Madrid, hasta el punto que los “*Ecos de Sociedad*” de *La Tarde*<sup>16</sup> anunciaban un banquete entre gacetillas relativas a viajes, natalicios u otras notas tristes: “*Sabemos que como consecuencia de la campaña que el diario madrileño El Sol viene sosteniendo alrededor de la cuestión manicomial en Vizcaya, gran número de médicos de Bilbao y la provincia van a reunirse mañana en el hotel Torrontegui, en banquete de cordial homenaje al subdirector del manicomio de Zaldivar, Dr. Aranzamendi*”.

A la vez, la Diputación tampoco debía encontrarse muy tranquila, organizando una nueva visita a Zaldivar para mostrar sus excelencias a los vecinos guipuzcoanos que, se dice entonces, vendrían a estudiar su funcionamiento. Allí se desplazaron el presidente señor Lizasoain y los diputados médicos Eguiguren y Olan, este último director del manicomio de Santa Agueda en Mondragón, en esta ocasión acompañados además por Carolina “Carito” Mac Mahón y María Costa de Gaytan de Ayala, señoras integrantes de la Junta del hospital. Dicha noticia se reproduce en varios periódicos, igualmente con contenidos sacados de lo que seguramente fue una nota de prensa redactada desde la propia Diputación, por la que unos se reafirman en las excelencias de los servicios<sup>17</sup>, mientras otros acompañan el texto de cierta ironía ante

la inusitada preocupación del diario madrileño por los temas locales<sup>18</sup>, o califican de “*enterado*’ *casi anónimo*” al redactor de los artículos de *El Sol*<sup>19</sup>.

### El autor de los textos

Si bien los del *Noticiero Bilbaíno*, con esa referencia al “*casi anonimato*”, parecen intuir quien pudiera estar tras las denuncias de *El Sol*, en ninguno de los periódicos consultados aparece referencia alguna al escritor material de las mismas, que aparecen siempre bajo la genérica rúbrica de “*notas de la redacción*”. Por este motivo, solo podemos basarnos en conjeturas para presuponer de quien pudiera ser la pluma redactora. Un protagonismo que atribuiremos tentativamente a Antonio Abaunza, psiquiatra madrileño con intereses psicodinámicos, autor de diversas publicaciones en el campo de la personalidad y entre otras ocupaciones subdirector del Instituto de Estudios Penales, donde impartió clases de biología criminal. Republicano de ideas, marchó exiliado a México con la Guerra Civil. En la época en que se publicaron los artículos de *El Sol* se encontraba preparando la solicitud de una beca de la Junta de Ampliación de Estudios<sup>20</sup>, que le permitió la salida a Alemania a estudiar el estado de la cuestión psiquiátrica de aquel país e histopatología del sistema nervioso, noticia de la que se hizo eco el mismo diario<sup>21</sup>.

Presuponer que fue precisamente Abaunza el redactor de las notas acusatorias podemos fundamentarlo en que por aquellas fechas colaboraba con el rotativo en sus páginas de Medicina en cuestiones relacionadas con la psiquiatría o en aspectos más generales como la enseñanza de la profesión médica<sup>22</sup>. Si nos fijamos en uno de sus artículos, “*Los locos criminales*”<sup>23</sup>, en el que aborda alguno de los temas que más le interesaron a lo largo de su vida como es el de la personalidad y la psicopatía, vemos también que deja clara su preocupación por la precaria situación de la asistencia psiquiátrica en España, así como la necesidad de poner en valor la propia especialidad dentro de la medicina, algunos de los leitmotiv que inspiran los acusadores artículos que nos ocupan. Pero además, el mismo texto nos da otra pista acerca de la eventual relación y conocimiento que tendría Abaunza sobre Bilbao, al hacer crítica del fatalismo de ciertos comentarios realizados en “*una caracterizada tertulia literaria bilbaína* (donde comentaba un conocido

intelectual un artículo de un reputado psiquiatra -aparecido en *El Sol- de Madrid, con motivo del espantoso crimen del loco Marimón*". Un conocimiento de la situación y recursos asistenciales en Bizkaia que deja bien patentes en otro artículo sobre la beneficencia en esta provincia, donde describe elogiosamente la "*atmósfera de bienestar social que respiran sus habitantes*", a la vez que valora los esfuerzos de la "*Diputación, entidades particulares y donativos de los capitalistas vizcaínos*". Una muy buena opinión acerca de las entidades benéficas provinciales (que también se vierte de forma muy similar en el segundo de los "anónimos" de *El Sol*) pero que no se hace extensiva a los manicomios, "*que constituyen allí, como en el resto de las provincias españolas, un problema que yace en el más inconcebible de los abandonos. Acerca de esto pensamos ocuparnos en un próximo artículo*"<sup>24</sup>. Si esto era el anuncio del revuelo que se formaría un par de meses más tarde, no lo sabemos con seguridad.

### La última entrega

El miércoles, 29 de enero, *El Sol* publica su cuarta y última columna sobre el tema para acabar de responder al comunicado que le habían dirigido los tres médicos de Zaldivar. Si en la anterior entrega ya se había hablado del Dr. Feijoo, en esta se hace referencia al médico interno Dr. Babío disculpándole su firma en la carta, por lo que se supone como un "*laudable sentimiento de compañerismo*". Sin embargo, el Dr. Aranzamendi no sale tan bien parado, opinando de su trabajo sobre los tratamientos médicos en las enfermedades mentales, publicado poco antes en la *Revista Clínica de Bilbao*<sup>25</sup>, que "*aquello para tratado con los compañeros de carrera en el Casino, no deja de ser un tema con decoro*". Y por si el juicio no fuera suficientemente duro para el autor, tampoco el medio de publicación es presentado con mejor consideración: "*Tampoco el publicarlo en la 'Revista Clínica' debe juzgarse como pecado de soberbia. Ahora, la pretensión de cotizarlo como un valor científico, la de lanzarlo como prueba de sólida ciencia psiquiátrica..., con la mano en el pecho, Sr. Aranzamendi, ¿verdad que es demasia?*"<sup>26</sup>.

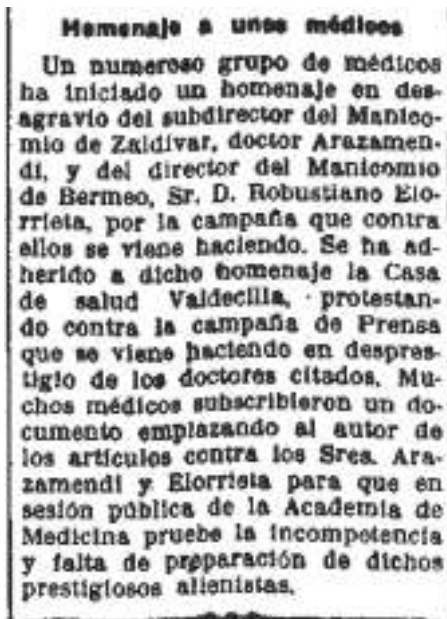
No tuvieron que caer en Bilbao nada bien las anteriores apreciaciones que, publicadas el

mismo día de la celebración del banquete convocado en honor del Dr. Aranzamendi, al menos posiblemente no tuvieron tiempo de ser leídas por los allí asistentes y mucho menos por los que desde la distancia habían enviado notas de adhesión. Un banquete del que dieron cumplida cuenta la casi totalidad de los principales periódicos locales, el primero de ellos la misma tarde del día en que tuvo lugar<sup>27</sup>. La práctica totalidad de ellos reproduciendo el mismo texto, previsiblemente redactado por los propios convocantes, dando además cuenta de la carta del Dr. Robustiano Elorrieta desde el manicomio de Bermeo o de otras adhesiones como la del Dr. López Albo desde la Casa de Salud de Valdecilla que escribió diciendo: "*Me adhiero con entusiasmo al homenaje Aranzamendi y protesto campaña inexacta de El Sol*". Los asistentes, tal y como se publicó (con algún que otro baile de nombres como es el caso de los dos últimos del listado), fueron: Juan Blas Abando, Alvaro Arce-niega, Manuel Allende, Francisco Belaustegui-goitia, Luis Bilbao, Julio Atucha, Gonzalo Bravo, Angel de Miguel, Atilano Feijoo, Justo Gárate, Julián Guimón, César Figuerido, José Gáldiz, Daniel García-Hormaeche, Ramón Rodríguez Mata, José María Argumedo, José María Urquijo, Fernando Unceta, Manuel Lafitta, Juan de Dios Ugarte, José Ramón Sustacha, Juan Viar, Juan Gil Aróstegui, Miguel Astorqui, Luis Astorqui y Severino Achúcarro y José María Beltrán<sup>28-29-30-31-32</sup>.

Por otra parte, *El Excelsior*, diario deportivo nacionalista, redactaba su propia noticia resumiendo perfectamente el sentimiento solidario presumiblemente desatado: "*El hecho, de una simpática espontaneidad, obedecía al deseo de solidarizarse frente a la campaña que en torno a los manicomios vizcaínos viene realizando un periódico de la Corte. A pocos actos hemos asistido en los que el compañerismo -tan amenazado hoy entre las profesiones- haya alcanzado un grado de emoción tan sincera. Conforta el ver dentro de nuestra vida actual, individualmente desencadenada, solidarizarse a unos cuantos jóvenes en la defensa generosa de quien como el Dr. Aranzamendi tiene un concepto rígido del cumplimiento de su deber*", para proseguir con un poético panegírico muy al uso de la época, "*el hombre inteligente que forja su carrera con la voluntad frente a la adversidad, modesto y oculto como una violeta a*

*todo lo que no sea el cumplimiento sin mácula de su ministerio. Y frente a este hombre bondadoso y culto, que goza de la hermosa cualidad de poder pagar con una lágrima -rico lingote el suyo en esta nuestra edad del hierro- aquel sentido homenaje, han ido a chocar los que, aun creyéndose en alto, no alcanzan empero el nivel de su sabiduría”<sup>33</sup>.*

La nota, de la que se hicieron eco también algunos diarios fuera del ámbito local<sup>34</sup> (fig. 4), acababa emplazando al rotativo madrileño a que concretara sus cargos en lo referente a las faltas de diagnóstico y tratamiento en la Academia de Ciencias Médicas bilbaína, institución que, mientras tanto, anunciaba para la tarde del día siguiente su sesión académica en la que José María Urquijo, uno de los asistentes al banquete homenaje, presentaría “dos casos de enfermedad familiar intermedia entre el Friedreich y la heredoataxia cerebelosa”, a lo que según el orden del día seguirían diversos casos prácticos<sup>24</sup>. Una sesión en la que, como no podía ser de otra manera, se habló del homenaje y de las razones que motivaron el mismo.



(Fig. 4) Reseña en el diario madrileño “La Libertad”, dando cuenta de la comida de desagravio convocada en Bilbao.

Ante la imposibilidad de discutirlo en mayor profundidad de forma oficial, por no estar entre los temas

del orden del día, se acordó celebrar en breve una sesión extraordinaria para debatir sobre el asunto<sup>35</sup>. Consultados los archivos de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao en búsqueda de alguna información sobre el episodio, desafortunadamente no se ha encontrado nada. El libro de actas solo sobrevive a partir de 1937, tras la caída de Bilbao en la Guerra Civil, así como tampoco se conservan otros materiales o recortes de prensa anteriores a esa fecha. Tampoco en la Revista Clínica de Bilbao, donde como era costumbre sí se publicó la sesión anteriormente aludida<sup>36</sup>, encontramos referencias al asunto que nos ocupa, si bien es posible que se hubieran eliminado las páginas “sociales” a la hora de encuadernar la colección consultada. Así que, por ahora, nos quedaremos con la duda sobre el impacto real que pudo tener el episodio sobre el colectivo académico médico, agrupado bajo la presidencia del Dr. Antonio Eguíluz Oyarzabal que finalizaba en esas fechas su mandato.

### Algunas secuelas del asunto

Imperceptiblemente el enfado y alboroto secundario a la diatriba periodística fue cediendo, mientras el interés se va dirigiendo hacia el problema real que la había desencadenado. Así, *El Pueblo Vasco*, aunque sigue defendiendo las bondades institucionales que Zaldívar ofrecía a las mujeres, en el caso de los hombres reconoce que estos se veían condenados al ostracismo fuera de la provincia en caso de no conseguir una de las escasas camas disponibles en Bermeo. Un cruel alejamiento que no solo impedía las visitas, sino que aumentaba los gastos de la Diputación. Justificando de nuevo los desajustes y deficiencias estructurales por su carácter municipal, se propugna desde sus páginas la construcción de un nuevo manicomio provincial, aconsejando su ubicación cerca de la ciudad y así ofrecer mayor atractivo a posibles alienistas de prestigio, en riesgo de que declinaran su dirección “si el cargo les obligase a residir alejados de una gran capital donde, aparte de otros alicientes de la vida de las ciudades, han de formar su clientela”<sup>37</sup>. Pero ya ese mismo día se reunía la *Comisión de Manicomios*, acordando la necesidad de unificarlos y de esta forma acabar con la dualidad de funciones y mejorar el de Bermeo. Unos propósitos que en las redundantes palabras del Presidente de la Comisión, Sr. Bilbao, “no significa en manera alguna, ni de cerca ni de lejos, un atisbo de ratificación de

*ciertas apreciaciones formuladas en una campaña de todos conocida... pues de todos son sabidos el excelente funcionamiento y las sabias normas terapéuticas...*"<sup>38-39-40</sup>.

Por el motivo que fuera, *El Sol* no prosiguió con la anunciada continuación de sus opiniones, y poco a poco las aguas vuelven a su cauce. Mientras tanto, el debate continúa a nivel local hasta que, medio año después, otro periódico madrileño se hace eco de la posible dimisión del Dr. Elorrieta, director del manicomio de Bermeo y padre de dos prestigiosos cortesanos, así como de la sugerencia del Ayuntamiento de Bermeo de que fuera la Diputación quien se hiciera cargo de la institución. Todo ello, al parecer motivado por la prohibición de la Comisión provincial de que los dementes realizaran ningún trabajo, entendida como una indeseable injerencia de la Diputación en funciones de competencia exclusiva de la dirección técnica del establecimiento<sup>41</sup>. Es entonces cuando *El Sol* publica una nueva nota relacionada con los manicomios vizcaínos, aclarando lo sucedido sin otras consecuencias mayores. Así explica que lo único que había ocurrido fue que *"la Diputación se dirigió al director del manicomio manifestándole que consideraba imprudente el dedicar a los locos a determinados trabajos, porque eran objeto, sobre todo en la vía pública, de las chanzas de los transeúntes"*, una ocupación justificada entonces como parte de la terapéutica asistencial<sup>42</sup>. Ese mismo mes de julio de 1930, la Revista Clínica de Bilbao publicaba los resultados de la Tesis doctoral de Severo Aranzamendi<sup>43</sup> (fig. 5).



(Fig. 5) Resultados de la tesis doctoral de Severo Aranzamendi, publicados en la *Revista Clínica de Bilbao* en julio de 1930.

Pero los problemas en Bermeo prosiguen y, no pudiéndose disimular por más tiempo, hacen que la Diputación se reúna para adoptar una resolución definitiva, presionada además por la negativa del hospital de Santa Águeda, en Mondragón, a recibir más mujeres y Pamplona tener cubiertas todas sus plazas<sup>44</sup>. Se proyecta entonces la construcción de un nuevo hospital general y un manicomio que al parecer no fue del agrado de parte del vecindario<sup>45</sup>. Previamente se había encargado un informe sobre la situación de la beneficencia Provincial al diputado provincial y cirujano Dr. San Sebastián, quien realizó una propuesta de construcción de un nuevo hospital general que desahogara el de Bar-surto en Bilbao, mientras que en relación con los manicomios proponía la reconversión del de Zaldibar en asilo para ancianos, así como el derribo del de Bermeo y la construcción de un gran manicomio provincial con un millar de camas. Ante los titubeos locales, a principios de noviembre, desde *La Voz*, diario madrileño progresista de la órbita empresarial de *El Sol*, se critica la postura adoptada por los periódicos vizcaínos, que si bien en un primer momento parecía habían acogido con entusiasmo el proyecto, seguidamente parece que se retractaron de sus posturas de forma ostensible *"como obedeciendo a una consigna"*<sup>46</sup>.

Finalmente, tras considerar las ofertas de Munguía, Durango, Lujua y Zamudio, en 1930 se aprueba la adquisición de los terrenos ofrecidos por este último municipio (realmente correspondientes al actual Derio, que bien pronto reivindica el nombre) para la construcción del nuevo macromanicomio y se encarga el proyecto al arquitecto provincial Diego de Bastera, quien diseña un gran complejo de varios edificios.

A mediados de 1931, la prensa nacional se hace eco de la visita que el presidente de la Comisión Gestora realiza al manicomio de Bermeo, constatándose la pésima alimentación, el vergonzoso hacinamiento, las penosas condiciones y olor insuportable del departamento de mujeres, los cielos rasos derrumbándose y las camas en los pasillos. Recomendando a continuación acometer sin demora la edificación del nuevo manicomio<sup>47-48</sup>. La construcción, de carácter racionalista y pensada para realizarse en hormigón armado, se inicia en 1932. Tras varias vicisitudes, incluido el derrumbamiento accidental de un pabellón, es utilizada como acuartelamiento durante la Guerra Civil, fechas en las que como

en otros lugares<sup>49</sup> se abandonó el proyecto del gran manicomio. La estructura inconclusa quedó desmantelada hasta 1950, en que se reconvirtió en Seminario diocesano, pero esa es ya otra historia<sup>50-51</sup>.

## Bibliografía

1. Martínez Azumendi, O. Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en psiquiatría. Imágenes denuncia para el recuerdo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2005, 96: 9-28.
2. Martínez Azumendi, O. Wenceslao López Albo (1889-1944). *Norte de Salud Mental.* 2003, 16: 67-71.
3. Actas Tercera Reunión Anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Bilbao, 22, 23 y 24 de septiembre de 1928. Tipografía Santiago Vives. Barcelona, 1930.
4. Notas de la redacción. Los manicomios en Vizcaya. *El Sol.* Miércoles, 15 enero 1930, p. 4.
5. Notas de la redacción. Un poco más sobre los manicomios vizcaínos. *El Sol.* Miércoles, 22 enero 1930, p. 4.
6. En los manicomios de Vizcaya. *La Tarde.* Jueves, 23 de enero 1930, p. 2.
7. Notas bilbaínas. Acusación. *El Noticiero Bilbaíno.* Viernes, 24 enero 1930, p. 1.
8. Una visita al manicomio. *El Nervión.* Viernes, 24 enero 1930, p. 1.
9. Viriato. Oyendo, viendo y apuntando. *El Nervión.* Sábado, 25 enero 1930, p. 2.
10. Visita a Zaldivar. *Excelsior.* Sábado, 25 enero 1930, p. 6.
11. Notas bilbaínas. El problema manicomial. *El Noticiero Bilbaíno.* Sábado, 25 enero 1930, p. 1-2.
12. Mirador bilbaíno. Los manicomios de Vizcaya. *El Pueblo Vasco.* Sábado, 25 enero 1930, p. 1.
13. Figuerido, C.A. Los manicomios de Vizcaya. *La Tarde.* Sábado, 25 enero 1930, p. 1.
14. Notas de la redacción. Contestando a una carta del manicomio de Zaldivar. *El Sol.* Domingo, 26 enero 1930, p. 6.
15. Mirador bilbaíno. El problema manicomial. *El Pueblo Vasco.* Martes, 28 enero 1930, p. 1.
16. Ecos de Sociedad. Un banquete. *La Tarde.* Martes, 28 enero 1930, p. 2.
17. Mirador bilbaíno. La organización del manicomio de Zaldivar. *El Pueblo Vasco.* Miércoles, 29 enero 1930, p. 3.
18. Leontino. Lo del manicomio de Zaldivar. *La Gaceta del Norte.* Miércoles, 29 enero 1930, p. 4.
19. Notas bilbaínas. El problema manicomial. *El Noticiero Bilbaíno.* Miércoles, 29 enero 1930, p. 1-2.
20. Junta para la Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas. Memoria a los cursos 1931 y 1932. S. Aguirre Impresor. Madrid, 1933.
21. Viaje de estudios. Noticias de la vida madrileña. *El Sol.* 13 septiembre 1930, p. 3.
22. Abaunza, A. La enseñanza de la Medicina. *El Sol,* 18 agosto 1929, p. 8.
23. Abaunza, A. Los locos criminales. *El Sol.* 1 noviembre 1928, p. 9.
24. Abaunza, A. La Beneficencia provincial vizcaína. *El Sol,* 1º de noviembre 1929, p. 10.
25. Aranzamendi, S. Algunos ensayos modernos en el tratamiento de las enfermedades mentales. Sesión del día 5 de abril de 1929. Dedicada al Dr. López Albo, como homenaje por su nombramiento de director de la “casa de Salud Valdecilla”. *Revista Clínica de Bilbao.* 1929, IV (9): 427-430.
26. Notas de la redacción. Todavía la carta del manicomio de Zaldivar. *El Sol.* Miércoles, 29 enero 1930, p. 4.
27. Un banquete al doctor Aranzamendi. *La Tarde.* Miércoles, 29 enero 1930, p. 5.
28. Los manicomios de Vizcaya. Homenaje al doctor Aranzamendi. *El Pueblo Vasco.* Jueves, 30 enero 1930, p. 3.
29. Los manicomios de Vizcaya. *La Tarde.* Jueves, 30 enero 1930, p. 1.
30. Los manicomios de Vizcaya. *El Nervión.* Jueves, 30 enero 1930, p. 4.
31. Notas bilbaínas. Acto de desagravio. *El Noticiero Bilbaíno.* Jueves, 30 enero 1930, p. 1.
32. Los manicomios de Vizcaya. *La Gaceta del Norte.* Jueves, 30 enero 1930, p. 4.

33. Un homenaje. *Excelsior*. Viernes, 31 enero 1930, p. 6.
34. Homenaje a unos médicos. *La Libertad*. Viernes, 31 enero 1930, p. 5.
35. Mirador bilbaíno. El problema manicomial. *El Pueblo Vasco*. Domingo, 2 febrero 1930, p. 1.
36. Borda, J.M. Urquijo, J.M. Dos casos de esclerosis medular combinada intermedia entre la heredo-ataxia de Pierre Marie y la Enfermedad de Friedreich (Sesión del día 30 de enero de 1930). *Revista Clínica de Bilbao*. Marzo 1930; V(3):140-152.
37. Mirador bilbaíno. El problema manicomial en Vizcaya. *El Pueblo Vasco*. Viernes, 31 enero 1930, p. 3.
38. Leontino. El problema manicomial. *La Gaceta del Norte*. Sábado, 1 febrero 1930, p. 1.
39. Notas bilbaínas. Los manicomios de Vizcaya. *El Noticiero Bilbaíno*. Sábado, 1 febrero 1930, p. 1.
40. Mirador bilbaíno. El problema manicomial. *El Pueblo Vasco*. Sábado, 1 febrero 1930, p. 6.
41. La cuestión del manicomio. *La Libertad*. Miércoles, 16 julio 1930, p. 6.
42. En el manicomio de Bermeo. *El Sol*. Domingo, 20 julio 1930, p. 12.
43. Aranzamendi Echevarría, S. El líquido cefalorraquídeo en las enfermedades mentales. Resultado de su investigación en 374 enfermas. *Revista Clínica de Bilbao*. 1930; 5(7).
44. Nuevo manicomio. *Heraldo de Madrid*. Miércoles, 15 octubre 1930, p. 11.
45. El proyecto de la construcción de un manicomio y de un hospital. *La Libertad*. Jueves, 23 octubre 1930, p. 6.
46. Mendive, T. El proyecto del nuevo hospital. *La Voz*. Lunes, 3 noviembre 1930, p. 6.
47. El manicomio de Bermeo. *ABC*. Viernes, 10 julio, 1931, p. 43.
48. El manicomio de Bermeo se encuentra en deplorables condiciones. *Heraldo de Madrid*. Viernes, 10 julio, 1931, p. 4.
49. Martínez Azumendi, O. De visita al manicomio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (111): 555-569.
50. Markez, I. Incertidumbres asistenciales. De Manicomio a Seminario de Derio. *Norte de Salud Mental*. 2007, 29: 124-128.
51. Barroso, A. Benguría, R. Santamaría, I. (Eds). ¿Qué paso con el Seminario de Derio? De manicomio a Arteaga Centrum. Historia de un edificio. Arteaga Centrum - Archivo Histórico Eclesiástico de Bizkaia. Bilbao, 2004.

## Contacto

Oscar Martínez Azumendi  
oscardmartinez@telefonica.net

# Gota a Gota

**Raúl Velasco.**

Escritor, periodista en Radio Nikosia y Radio Rubí, Barcelona.

Josua permanecía inconsciente después de la operación. A su lado, su hermana Karen, se esforzaba en leer un libro de relatos de Patricia Highsmith, intentando en vano no pensar el porqué estaba allí, el porqué, después de todo aquello que la había hecho jurarse a sí misma tantas veces que nunca más haría algo por su hermano, había renunciado a todos sus juramentos y había acudido al hospital a acompañarlo en aquel trance. Porque Karen odiaba a su hermano profundamente. Desde que eran niños este sentimiento, mezcla de rabia, rencor e impotencia, había marcado su relación, distanciándoles de forma evidente. Al parecer, él había propinado durante su juventud brutales palizas a Karen, que habían acabado con ésta en el hospital hasta en dos ocasiones. Ella, a pesar del paso de los años, recordaba con precisión la cara de su hermano persiguiéndola de un lado a otro de la casa, como un animal a la caza de su presa. Los ojos inyectados en sangre coronando una sonrisa cruel, una mirada y una sonrisa que mostraban sin tapujos el goce supremo, casi sexual, de ver sufrir al otro, de comprobar cómo a pesar de lo poco o nada que siempre se había esperado de él (por su mal rendimiento escolar), sus manos eran capaces de hacerle sentir alguien importante, alguien poderoso, alguien capaz de destruir por el simple hecho de destruir. Estas torturas duraron dos largos años, con la connivencia y la complicidad de los padres, que a pesar de los consejos de los médicos eran incapaces de denunciar a su hijo mayor. Así las cosas, Karen creció soñando que escapaba de aquel infierno, que algún día, podría desprenderse de aquellos que la habían torturado, y que la seguían torturando en forma de recuerdo.

Pocos años después los padres de Karen y Josua murieron en un accidente de tráfico. Una noche después de cenar en un restaurante, el padre, que era el que conducía, achispado por el vino, se saltó un semáforo en rojo y su coche acabó siendo arrollado por una patrulla de policía que corría velozmente hacia el lugar de un crimen. Todos los ocupantes murieron antes de que llegaran los servicios de emergencias. El día del entierro Karen y Josua no se abrazaron, cada uno vivía su dolor de forma intransferible, como si ambos estuvieran encerrados en gruesas campanas de cristal o los separara un abismo o un telón de acero. De esto hacia ya treinta y cinco años y desde entonces los hermanos no se habían llamado ni habían mostrado el menor interés el uno por el otro. Al principio, Josua, que había acabado trabajando en la construcción, llamaba a su hermana periodista en Navidad, para invitarla a comer; pero Karen siempre rehusaba las invitaciones con alguna mala excusa, como si quisiera mostrar un rechazo pasivo, indirecto, o en el fondo de su corazón, donde había reprimido tanto odio y rabia acumulada, se negara a desprenderse del todo del único vínculo, por muy frágil que éste fuera, que la unía con sus raíces familiares.

Con los años y mucha terapia, Karen creía haber superado todo los traumas generados durante su infancia y juventud. Sólo necesitaba en ocasiones tomarse algún somnífero para poder descansar. Se había casado y se había divorciado, se había vuelto a casar, no tenía hijos, había conseguido trabajo en un periódico y, gracias a sus dolorosas experiencias y a la sensibilidad hacia los más débiles que éstas le habían aportado, acabó especializándose en

temáticas sociales: violencia de género, paro, discapacidades, racismo, abusos sexuales, vivienda, etc. En todos aquellos ámbitos en los que un colectivo era discriminado o maltratado por la sociedad o los mecanismos de opresión ella le ponía palabras denunciando, desde el poder que da la posibilidad de influir en sus lectores, todos aquellos atropellos. Pero ya se dice que una cosa es superar un trauma, perdonar a tu verdugo, y otra muy diferente es conseguir olvidar.

Una enfermera entró en la habitación de Josua y miró la bolsa del gota a gota, en la que aún quedaba suficiente solución gluco-salina para unos minutos.

- Hola. -Saludó la enfermera.- ¿Es usted familiar del paciente?
- Sí, soy su hermana.-Respondió Karen.
- Mire, tengo que pedirle un favor. -Le dijo la enfermera algo nerviosa.
- Dígame. ¿En qué puedo ayudarla?
- Estoy sola, entre los recortes de personal y la ola de gripe soy la única enfermera para este turno. Tengo 45 pacientes a mi cargo, y no doy a basto. ¿Le importaría estar atenta al goteo y de aquí a unos minutos cerrar la entrada para que no le entre aire en el cuerpo a su hermano? Cuando pueda me pasaré a cambiarle la bolsa de suero y ya no la molestaré más.
- Sí, claro. No se preocupe. Esta crisis está haciendo estragos. He denunciado muchas veces en mis artículos como todo estos recortes en la sanidad pública están dirigidos a privatizar los servicios.
- Me hace un gran favor, y claro, a su hermano también. Muchas gracias señora. Hasta luego.
- Hasta luego.

La enfermera salió a toda prisa de la habitación y Karen volvió a retomar la lectura de las últimas páginas del libro. Patricia Highsmith siempre le había parecido una escritora brillante, capaz de crear con una frase la inquietud en el lector para sostener después el suspense hasta el final, que solía ser sorprendente. La violencia y la muerte estaban siempre presentes en sus libros, como lo estaban también de forma inevitable en la

vida, creando un binomio indivisible como es el de vida y muerte, en el que todas las personas, todos los seres humanos podemos en algún momento dejarnos arrastrar por las más oscuras, terribles y violentas intenciones. Nadie está a salvo de la posibilidad de caer en la maldad, nadie puede aseverar un nunca lo haré. Ahí reside el misterio y su atractivo, en que hasta el mayor de los héroes tiene como alter ego a su némesis y que cualquier víctima puede en algún momento convertirse en verdugo.

Cuando Karen terminó de leer, se recostó sobre el sillón. Miró a su hermano que seguía inconsciente y miró la bolsa -a punto de vaciarse- goteando, conectada por un tubo al catéter que le habían inyectado en el anverso de la mano de Josua. Al fijarse en el goteo constante pensó que ese goteo seguía el mismo ritmo que un reloj, plip, plip, plip, plip, plip, plip... En cualquier momento esa bolsa se acabaría, un último plip, y el aire que quedaba en la bolsa entraría en forma de burbuja mortal en el riego sanguíneo de su hermano, primero lentamente, subiendo por el brazo, hasta llegar al corazón donde sería bombeada quizás hasta el cerebro. Aquello acabaría con la vida de aquel que la había torturado tantas veces y que en ese momento, así como dormido, parecía que nunca hubiera roto un plato. Sería una venganza en toda regla, servida en plato frío. Todas las veces que Karen se había despertado agitada en medio de la noche tras soñar que mataba con sus propias manos a Josua, parecían en ese momento sutiles premoniciones de aquel instante. Sólo que ella no tendría que ensuciarse las manos. Ella no tenía que hacer nada, ella no lo mataría, sería el sistema. Un sistema social depredador y homicida, donde los débiles no tenían lugar ni derechos más allá de aquellos supuestos teóricos que lucían en la Constitución y que eran pisoteados constantemente por oscuras ambiciones. Sólo tenía que volver a recostarse en el sillón, intentar relajarse, o al menos hacerse la dormida. Incluso podía forzar el sueño tomándose uno o dos somníferos. Nadie la podría acusar jamás de haberse dormido, eran las dos de la madrugada. Quizás antes de que fueran las dos y media su hermano ya estaría en el otro barrio, entrando en el infierno -si es que realmente existía un infierno- de cabeza y por la puerta grande. Quizás entonces se acabarían por fin sus pesadillas,

ya ninguna noche más soñaría que mata a su hermano. Su hermano estaría muerto, muerto al fin, muerto y enterrado. Ella, en cambio, volvería a casa, esperaría que su marido llegara de trabajar, le propondría salir a un restaurante, ni una lágrima de dolor, ni un resquicio de arrepentimiento, pedirían una botella de Cava o dos o las que hicieran falta. Al llegar a casa le haría el amor con ternura y pasión las veces que hicieran falta. Hasta que él no quisiera más. Se abría acabado la vida de Karen, la desgraciada, la pobrecita, la eterna víctima, y empezaría la de una nueva Karen, que moldearía durante los años que le quedaran por vivir...

Karen se recostó en el sillón, buscó su pastillero y se tomó dos pastillas. Éstas no tardaron mucho en hacer efecto. Como si la hubieran desconectado de la máquina de la vida, cayó de repente en un sueño profundo. La última imagen que creó su imaginación antes de que se apagaran todas las luces de su consciencia, fue la de un atardecer en una playa blanca, con el sol cayendo allá en el horizonte sobre el mar. Sólo fue un instante, como un fogonazo o una diapositiva, antes de que la noche se los tragara a todos para siempre.

- Recibido: 2-11-2011.
- Aceptado: 12-1-2012.

## Agar y Lena. Sobre el agnosticismo

Maia Losch Blank.



*“Antes de juzgar a una persona, camina tres lunas con sus mocasines”  
(Proverbio indio)*

La puerta se abrió de golpe, dejando ver la figura de Lena ingresando en el cuarto de Agar, haciendo demasiado ruido para lo que era su apacible y habitual comportamiento, silencioso incluso por demás en ocasiones. Su entrada sorprendió a Agar, que estudiaba para un examen que debía rendir en un par de semanas pues no se había presentado en la primera oportunidad como el resto de sus compañeros de curso.

El cuarto estaba iluminado por un pequeña lámpara que se encontraba sobre un escritorio blanco, ubicado a la derecha de la puerta de entrada. Varios libros y cuadernos abiertos cubrían su superficie. En escuadra con el escritorio estaba la cama sin tender. A los pies de la cama una cómoda, con una pata rota, hacía equilibrio sobre dos gruesos libros de biología. Sobre la cómoda, el televisor encendido sin volumen, transmitía un partido de voleibol femenino al que nadie prestaba atención. A su costado, entre la cómoda y el armario (rosado aún), había varias prendas de vestir tiradas sobre una vieja silla de madera clara. Una hilera con tres pares de zapatos marcaban un camino a ningún lado sobre por el piso alfombrado.

- ¿Muy concentrada? -preguntó Lena al ver la súbita reacción de Agar al verla entrar.
- ¿Qué haces aquí a esta hora? Me asustaste, no te esperaba.
- Necesito hablar.
- Es que estoy estudiando -dijo Agar en tono de disculpa-. Y estoy muy atrasada.

- Mi madre está en crisis otra vez -dijo Lena, haciendo caso omiso a la respuesta de Agar e instalándose en la cama. Tomó una de las dos almohadas, la apretó contra su pecho y hundió allí su cabeza un instante. Luego la levantó y la apoyó contra la pared. Miró hacia el techo y resopló, aguardando.
- Está bien, te escucho -dijo Agar. Sin cerrar los libros, giró la silla y apoyó los pies sobre el borde de la cama, donde se encontraba Lena.
- No quiere levantarse de la cama, dice que está cansada de la vida, que nada tiene sentido, que es una mala madre y blablablabla; lo de siempre. No quiere ver a nadie. Mi padre salió a dar una vuelta, como suele hacer cuando las cosas lo superan. Martín se encerró en su cuarto a tocar la batería y yo... yo me vine para aquí.
- O sea que ahora está sola...
- Sí. Ya no lo soporto, a veces quisiera que todo esto termine... ya sabes...
- No digas eso, no sabes lo que dices.
- ¿Qué se siente, Agar? -preguntó Lena, mirándola a los ojos por primera vez desde su llegada- ¿Qué se siente no tener madre?
- No sé qué se siente tener una. ¿Con qué podría compararlo? Ni siquiera tengo la posibilidad de sentir la angustia de que su voz y su rostro se me hayan ido borrando, mamá se fue antes que mi memoria fuese capaz de retenerla.

Agar se levantó y, sin más, salió. Lena, acostumbrada a estas actitudes repentinas por su parte,

no preguntó a dónde iba y se remitió a esperar. Lo dicho y lo no dicho le retumbaba en la cabeza. A los diez minutos volvió Agar, con una barra de chocolate.

- Por suerte el kiosco estaba abierto -dijo. Sin quitar el papel, partió la tableta al medio y le acercó una mitad a Lena.
- Es demasiado -dijo Lena.
- No sé por qué, pero presiento que no lo será -comentó Agar, parada frente a Lena y estirando la mano para que aquella se decidiera a tomar la parte que le correspondía.
- ¿Con almendras? -preguntó Lena al ver el envoltorio. Una amplia sonrisa se dibujó en su rostro.
- Por supuesto. Como a ti te gusta -contestó Agar entregándole su ración, satisfecha de sí misma por haber logrado hacerla sonreír- ¿Cuánto hace que comenzó tu madre con las crisis? -continuó, mientras se acercaba a su silla-

Lena seguía en la cama pero ahora en posición india, enfrentado su cuerpo al de Agar y con los zapatos aún puestos.

- La historia de la depresión de mi mamá comienza con el origen del Universo.
- No seas exagerada.
- Es lo que siento. Ya no sé si es que los problemas reales de mi madre la llevan a la depresión o si es la depresión la que le hace ver problemas donde no los hay... estoy cansada de este asunto. Supongo que ella también, aunque a veces parece que los beneficios que recibe son mayores que el dolor que le produce; es como si se esforzara por mantenerse a la deriva y así mantenernos en estado de continua alerta. No digo que lo haga a propósito pero...
- ¿Qué dice el médico? -la interrumpió Agar.

- Que hay que tenerle paciencia. La cuestión es que es como el cuento de Pablo y el lobo, un día va a estar mal en serio y vamos a estar tan agotados que no acudiremos a su llamado de atención; y quién sabe lo que puede ocurrir. Muchas veces me pregunté por qué, qué fue lo que la llevó a tener estas crisis, que tal vez exista algo que yo no sepa, que nunca me contaron; pero con el tiempo sentí que cuestionarme todo esto es como preguntarme si Dios existe, soy totalmente agnóstica al respecto.
- Es Pedro y el lobo, no Pablo y el lobo, tonta -la corrigió Agar tiernamente.
- Ah -dijo Lena-. Me da lo mismo, por mí podría ser Caperucita y el lobo. Lo importante es el lobo en estos casos ¿no?

Se miraron. Tal vez Lena esperaba respuesta a una pregunta no formulada; suele ocurrir. Agar, por su parte, buscaba la palabra mágica que bore toda pena y no la encontró, cosa que también ocurre con asiduidad.

- Quisiera saber qué decirte... -dijo.
- Lo sé. No sé qué haría sin ti.
- Probablemente comerías menos chocolate.
- Y tú estudiarías más -dijo Lena, y se levantó-. ¿Me acompañas a casa?
- Sólo si me prometes algo.
- Lo que tú quieras.
- Que si algún día estoy así de triste, como tu madre, no me dejarás sola -pidió Agar.
- Sólo si tú me prometes algo a mí -pidió Lena.
- Dime.
- Que si algún día estás así de triste como mi mamá, no me apartarás tú también de tu lado.

## Contacto

Maia Losch Blank • [maiablank@gmail.com](mailto:maiablank@gmail.com)

Nacida en Uruguay, desde hace 15 años reside en Israel desde donde publica el blog "Errante y errata" (<http://maialoschblank.wordpress.com>).

# Desde Galicia: Cierres y traslados

## *From Galicia: Closures and Transfers*

### Siempre, siempre humanos

Chus Gómez.

Ourense. Las necesidades de las personas con sufrimiento mental grave son distintas según sus circunstancias. No hay respuestas universales, pero sabemos si precisan tratamiento ambulatorio o bien hospitalización. También de modo global la clínica puede dividirse en: partidarios del bios-biológico y del bios-biográfico, ubicaciones con una escucha y posición ética distinta. Apostar por lo biográfico implica aceptar de entrada que el psicótico es un sujeto responsable, que toma decisiones y pilota su locura con mayor o menor acierto. Sostener este presupuesto es defender otra visión de la locura y su resolución, es aceptar que los humanos somos seres del lenguaje, afectados por lo gene-alógico-bio-gráfico y que en esas coordenadas se desenvuelve nuestra vida y la posibilidad de enloquecer. Es necesario un espacio donde la palabra del psicótico sea la protagonista, unirnos con él y con su capacidad reparadora para acercarlo al espacio con los otros, del que está expulsado, a veces de por vida. Ofertar un lugar hospitalario, digno y confortable es lo mínimo éticamente a reclamar y fue lo que hicieron los clínicos de del **hospital psiquiátrico de Toén** con su denuncia. En España se dio por concluida la reforma psiquiátrica hace 25 años con la consiguiente dignificación de espacios. En Galicia, con gran polémica, se ha retomado ese proceso estancado hace muchos años. No cabe otra opción. Les debemos muchas explicaciones y disculpas a gran parte de nuestros

ciudadanos por haberlos mantenido en lugares invisibles. Una reforma es necesaria porque los humanos somos paradójicos, contradictorios, increíbles e imperfectos y esas imperfecciones nos singularizan, pero siempre, siempre humanos.

15 de febrero de 2012



Restos del H. Psiquiátrico de Toén

## Cierra el manicomio de Ribeiras de Lea

Castro, allá en Lugo, se queda sin manicomio, decía *La Voz*. Los vecinos de esta población, a las puertas de la comarca de la Terra Chá, echarán de menos a algunos inquilinos, huéspedes obligados, de un psiquiátrico que abrió sus puertas en 1954. Los que no fueron repartidos en las últimas semanas por diferentes centros se van hoy al Hospital de Calde, construido en su día para enfermos del pulmón y, por ello, alejado de la contaminación. Allí no hay nada. En Calde tendrán mejores instalaciones, pero no hay feria de los miércoles con raciones de pulpo, ni partidas de cartas... Tras alguna experiencia exitosa en el psiquiátrico en torno al cine, ahora hay planes para ir a Lugo en el autobús de línea, con un cuidador, pero eso es otra cosa.

El **manicomio de Ribeiras de Lea**, promovido por la Diputación para que los enfermos mentales de la provincia no fueran a Valladolid, se caía a pedazos. No hubo inversiones en sus instalaciones debido al tuyo/mío con las transferencias entre la diputación y el Sergas.

Con el cierre definitivo hubo una exposición fotográfica y la exhibición de un documental del artista lucense Xosé Reigosa. *Entre Marbella y Torremolinos* era el título de la iniciativa. Pocos entendían esa denominación. Y es que cuando, hace años, los hombres tuvieron en el psiquiátrico un amplio y soleado pabellón propio, lo bautizaron como *Torremolinos*. Ese presumir masculino de sala de paseo y distracción no agradó a las mujeres que tuvieron que esperar algún tiempo para tener su pabellón propio y hacer la competencia al de los varones. Lo llamaron *Marbella*.

Para muchos internos, Castro fue su salvación. Allí estaban a salvo del rechazo social y consiguieron una atención que no tendrían en el exterior. Pero también la historia del manicomio tiene páginas muy duras, de gentes que, tras décadas de encierro, no tenían donde ir, y tampoco amigos ni familia.



Imagen del psiquiátrico de Castro, en Lugo, en la exposición fotográfica de Xosé Reigosa



# La nueva vestimenta de los Hospitales psiquiátricos penitenciarios (a propósito de una ley muy “peligrosa”)

## *I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari (a proposito di una legge molto “pericolosa”).*

VV.AA.

Estos son los hechos: en los últimos dos años, con la condena expresa del Consejo de Europa, la Comisión de apelaciones al Senado italiano sobre la eficacia y la eficiencia del Servicio Sanitario Nacional, presidida por Ignacio Marino, ha promovido una investigación sobre 6 Hospitales psiquiátricos penitenciarios (Opg) en los cuales están internados cerca de 1400 personas. La investigación ha documentado y desvelado a los medios de comunicación y a las instituciones, la realidad inaceptable de estas instituciones: las espantosas condiciones logísticas y organizativas, los tratamientos deshumanizados, las frecuentes muertes, los abusos en cuanto a la duración de los internamientos. Esta acción, claramente meritoria, de la Comisión está provocando profundas preocupaciones.

El 25 de Enero, el Senado aprobó una enmienda incluida en el mencionado “decreto vacía cárceles”, en el cual se indican “disposiciones para la definitiva superación de los Opg”. En síntesis, la enmienda prevé que, a partir del 31 de marzo de 2013, las medidas de seguridad del internamiento en los Opg sean seguidas exclusivamente en estructuras sanitarias, los requisitos -estructurales, tecnológicos y organizativos- serán establecidos desde el 31 de Marzo en un ulterior decreto definido por un concierto entre el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Sanidad y la Conferencia permanente Estado-Regiones. Tales estructuras destinadas por norma a sujetos provenientes del territorio regional en el cual están ubicadas, deberán estar exclusivamente gestionadas sanitariamente, previniendo eventualmente, en relación a la tipología de los internados, una actividad perimetral de seguridad y vigilancia externa.

La enmienda aprobada explicita que “las personas que han dejado de ser socialmente peligrosas deben estar sin duda en la comunidad y a cargo del Departamento de salud mental”. Para la realización de las estructuras residenciales se prevee una financiación de 120 millones de euros para el 2012 y de 60 millones para el año 2013. Por otra parte, para la cobertura de los residencias se prevén 38 millones de euros para el 2012 y de 55 millones de euros anuales en 2013.

Más allá de las declaraciones de la “definitiva superación de los Opg” y “destinación a estructuras puramente sanitarias” que suena extraordinariamente positivas, se revelan una serie de aporías y nudos que no se deshacen. Intentemos enumerarlos.

1. La nueva legislación no toca, ni minimamente los artículos del Código penal referidos a los conceptos de peligrosidad social del loco preso, de incapacidad y de no imputabilidad, que determinan el recorrido de internamiento en los Opg y por lo tanto, de ahora en adelante del envío a las nuevas “residencias psiquiátricas”. Residencias no mejor cualificadas, cuyo número vendrá establecido por las Regiones (¿en base a qué criterios?) cuyas características estarán decididas por un Decreto aún sin elaborar pero cuya finalidad queda integralmente en el ámbito de las medidas de seguridad y detención.
2. Es fácil prever la *multiplicación de estas residencias*, cada una de las cuales debía estar inicialmente dotada de 20 camas, número después desaparecido, antes de la definitiva

- aprobación del Decreto. Las Las deplorables condiciones del manicomio penitenciario, la crisis de los concepto de “no imputabilidad” y de” peligrosidad social “en el debate cultural y científico han contribuido ciertamente, en los últimos años, a una notable cautela en el envío de pacientes a los OPG por parte de muchos jueces. La puesta en marcha de “nuevas residencias psiquiátricas que se pueden suponer “más apropiadas” bajo el perfil logístico y más asistidas bajo el perfil sanitario, legitimará a las diferentes instancias sanitarias y judiciales a disminuir las dificultades para el acceso a los nuevos sustitutos de los Opg. Y mientras es fácil predecir un notable aumento del número de los ingresos, nada garantiza que cese el sistema de prórrogas de las medidas de seguridad actualmente utilizadas.
3. Las condiciones de las unidades de agudos en Italia, a menudo con puertas cerradas, con sistemas de video-vigilancia, con los mismos métodos de contención física a pacientes que no han cometido ningún delito, deja fácilmente entrever cuales serán las reales estructuras de las nuevas residencias psiquiátricas para sujetos que hayan cometido delitos, considerados en sentencia ”socialmente peligrosos para sí y para los demás”.
  4. Renovar con una ley en el 2012, la legitimidad del concepto “peligrosidad social” vinculado a la enfermedad mental (concepto considerado por juristas y psiquiatras carente de cualquier base científica) y de la noción de “total incapacidad de voluntad y entendimiento”, siendo fuertemente criticada por amplios sectores en los últimos decenios, significa asumir la grave responsabilidad de contradecir el espíritu y la letra de la Ley 180 que abolió el nexo entre enfermedad mental-peligrosidad social apoyando con fuerza la responsabilidad y los derechos de cada ciudadano, entre los cuales están el derecho a ser juzgado y condenado si es culpable.
  5. La proloferación de residencias de alta vigilancia, declaradas sanitarias restituye a los psiquiatras la responsabilidad de la custodia reconstituyendo en concreto el nexo cura-custodia y por tanto la responsabilidad penal curador-custodio.
  6. Se continua *sin establecer ninguna garantía para el internado*, a diferencia del regimen carcelario, en el cual menos existen algunas garantías para los detenidos-la certeza del final de la pena-existen en medidas muy articuladas. En otras palabras, se refundan en el 2012 medidas específicas para “los locos preso”: por un lado se rebate un nexo inaceptable, reproponiendo un estigma de carácter general; por otro se vincula a los sistemas de vigilancia la gestión de parte de los psiquiatras, reconstruyendo en estas estructuras todas las características del manicomio.
  7. Se observa marginalmente, la *inconsistencia de las hipótesis de gasto*, en el curso del 2012, de 120 millones de euros para la creación de nuevas estructuras. Ni siquiera con procedimientos de extraordinaria emergencia, tiempos de este tipo son plausibles para Italia; y por lo tanto es evidente que se asistirá a una proliferación de oferta de parte de estructuras privadas, preparadas o rápidamente alertadas para los fines previstos por la Ley. Será entonces mejor destinar esos 120 millones a fines más útiles a favor de los departamentos de salud mental para que activen y mejoren servicios y oportunidades para *todas las personas* de ese territorio que necesitan de cuidados, incluidas aquellas que provengan de los Opg o para los cuales se ponen en marcha programas para la ejecución de las medidas de seguridad y detención. Para este proposito la no modificación de los Códigos allí donde se prevean medidas de seguridad en los Opg evitará no pocos problemas de interpretación.
- En definitiva nuestra opinión sobre este apresurado dispositivo legislativo es de gran alarma. Más allá de las buenas intenciones de los legisladores, la enmienda votada en el Senado configura un ataque formidable a la ley 180, con el riesgo de una prolongación sine die y de dimensiones impredecibles de la institución de medidas de seguridad. Institución introducida en nuestra legislación en plena época fascista y de la cual en este momento no tenemos ninguna necesidad.
- Proponemos por lo tanto, como algo todavía más apremiante, una modificación legislativa que atacando el núcleo de la cuestión (art. 88 del Código

penal, código Rocco y toda la legislación relacionada con ello), supresión definitiva y veraz del psiquiátrico penitenciario, suprimiendo las leyes que los determinan, bajo cualquier nueva vestimenta. Se trata de desmontar los conceptos de “peligrosidad” y de “no imputabilidad”, el binomio de las medidas de seguridad, restituyendo al general régimen penal a las personas con enfermedad mental. Frente a la justicia no debe existir más el “loco preso”, sino solo un preso que, enfermo mental, encontrará medidas alternativas en el cumplimiento de su pena: medidas ya ampliamente previstas por la legislación vigente frente a diversas enfermedades y a lo mejor ulteriormente particulares medidas para la enfermedad mental.

Queda el auspicio de que la Cámara de los diputados pueda intervenir para modificar el texto del Senado, evitando la implantación de estructuras destinadas al único fin de custodiar a los “locos presos”, valorando en cambio, los servicios de salud mental que podrían y deberían ser potenciados también para hacerse cargo de las personas actualmente enviadas a los OPG.

Desde esta perspectiva proponemos que si la cámara de los diputados va a aprobar el texto ya pasado por el Senado, el ministerio de sanidad esté por lo menos obligado por el Parlamento a distribuir inmediatamente a las regiones la financiación prevista para el ejercicio de la actividad, de 38 millones para el 2012 y de 55 millones para el 2013 con el fin de financiar proyectos terapéutico-rehabilitadores individualizados (PTRI) a favor

de los actuales internados en los Opg. Utilizando estos questi budget individualizados de cura, los Departamentos de salud mental de origen podran encargarse a través de las estructuras y los servicios ya hoy presentes y disponibles, de los sujetos de los Opg estableciendo criterios y vínculos concertados con la Regiones.

Estos procedimientos administrativos y legislativos ya constituían las líneas maestras a seguir. Si en cambio se elige un peligroso híbrido que requerirá la vigilancia a cualquier nivel para reducir el número de nuevas estructuras ya constituidas con características custodiantes y con abuso en su utilización.

Continuamos esperando lo mejor de nuestro parlamento.

Trieste, 27 de Enero de 2012

**Franco Rotelli, Giovanna Gallio, Peppe Dell’Acqua, Giovanna Del Giudice, Luciano Carrino, Mario Novello, Ota de Leonardis, Giorgio Bignami, Ernesto Venturini, Alberta Basaglia, Silvia Jop, Angelo Righetti, Chiara Strutti, Carmen Roll, Diana Mauri, Carlo F. Rotelli, Iris Caffelli, Elisa Roson, Roberto Mezzina, Giovanni Rossi, Giacomo Conversa, Mariagrazia Cogliati, Lello Ferrara, Anna Gioia Trasacco, Franco Perazza.**

Traducción: Pilar Balanza



## Distribución de libros

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

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

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

# Agenda

- 8 al 11 de febrero de 2012 • Granada  
Conferencia temática WPA: *La Salud Mental y los profesionales de la Medicina de Familia trabajando juntos*.  
Organizan: WPA, WONCA, AEN, Cibersam, semFYC.
- 1 de marzo • Oviedo  
Jornada Homenaje a Carlos Castilla del Pino. Organiza AANSM-AEN.
- 8 al 9 de marzo • Vitoria-Gasteiz  
XX Curso de Actualización en Psiquiatría, “Psiquiatría y Ambiente”.
- 9 y 10 de marzo • Bilbao  
Congreso Nacional de la AEPP, Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica  
*El Encuentro entre Psicoanálisis y Neurociencias. Implicaciones en Psicoterapia*.  
Secretaría: [aapp@aapp.eu](mailto:aapp@aapp.eu); [www.aapp.eu](http://www.aapp.eu)
- 15 al 18 de marzo • El Escorial, Madrid  
I Congreso Nacional de Psicología Positiva. Residencia San José.  
Organiza Sociedad Española de Psicología Positiva (SEPP), [www.sepsicologiapositiva.es](http://www.sepsicologiapositiva.es)
- 15 al 18 de marzo • El Escorial, Madrid  
I Congreso Nacional de Psicología Positiva. Residencia San José.  
Organiza Sociedad Española de Psicología Positiva (SEPP) • [www.sepsicologiapositiva.es](http://www.sepsicologiapositiva.es)
- 23, 24 y 25 de marzo • Zaragoza  
XXXIX Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG).  
“Los procesos grupales en las nuevas realidades”. [www.septg.org](http://www.septg.org)
- 25 y 26 de mayo • Barcelona  
*Formación teórica y clínica. Violencia y trauma psíquico de origen social*.  
Organiza: Fundació Congrèrs Català de Salut Mental.  
Secretaría: Tel.: 93 238 62 47; Correo-e: [info@fccsm.net](mailto:info@fccsm.net); Web: [www.fccsm.net](http://www.fccsm.net)
- 6 al 9 de Junio 2012 • Tenerife  
XXV Congreso de la AEN: Subjetividad e identidad de las experiencias: Discursos y Contextos.  
[www.aen.es](http://www.aen.es) • [www.congresoaoen12.com](http://www.congresoaoen12.com)
- 27 al 29 de junio • Pamplona  
XXI Congreso Nacional de Psiquiatría Legal de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal:  
*Psiquiatría, Capacidad y Ley*. [www.psiquiatrialegal.org/](http://www.psiquiatrialegal.org/)
- 4-6 de octubre de 2012 • Ourense  
IX Jornadas Nacionales AEN de Historia de la Psiquiatría.  
“Razón, locura y sociedad. Una mirada a la Historia del siglo XXI”.  
Sede de las Jornadas: Centro Cultural de la Diputación de Ourense. [www.aen.es](http://www.aen.es)
- 25, 26 y 27 de octubre • Zaragoza  
IV Congreso Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP).
- 30 noviembre y 1 diciembre • Gijón  
III Jornadas de Salud Mental del Norte Organiza. AANSM (AEN). [www.aen.es](http://www.aen.es)

# Normas de publicación

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

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

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

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

## Requisitos de los trabajos a publicar

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

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

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

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

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

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

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

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

## Artículos de revistas

- Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

## Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores.

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

## Otros trabajos publicados:

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

## Trabajos inéditos

- En prensa

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

## Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: [www.cdc.govncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.htm).

# Solicitud de Ingreso

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

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

Envíe el formulario a:

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

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

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

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

con título de .....

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

y domicilio en ..... Población .....

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

SOLICITA:

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

D./Dña. ....

D./Dña. ....

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

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

Nombre ..... Dirección .....

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

Cuenta nº ..... Población .....

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

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

Firma: