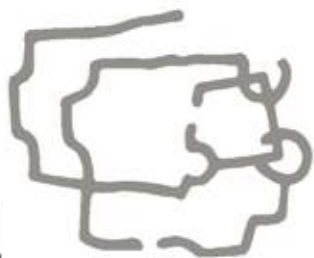


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIII nº 51 Febrero 2015



Autor: Pedro Carmona.

Paradójico, a pesar de que nuestras facciones reflejan lo que nuestra mente “siente”, ¿por qué es tan complicado entender la mente a través de los sentidos? ¿Cuánto esfuerzo y tiempo necesitamos observar, escuchar, dialogar y percibir con ayuda de los sentidos para regresar al punto de partida. ¿Por qué cuesta tanto invertir el orden?

La idea del dibujo: nuestra fisonomía se ciñe a unas líneas que “de-construyen” una cabeza y de fondo, la Mente, relevante ocupando el lugar principal. Nuestro rostro es meramente algo superficial, reflejos que emanan del interior, insignificante maquinaria en comparación con nuestro pensamiento. En manos de la investigación y el conocimiento en lo mental está empezar a apreciar un “semblante recóndito”. De esta manera comienza a verse la expresión de nuestra mente. Siendo ésta, como quiero transmitir con esta portada, incluso más sincera y verdadera que nuestro propio rostro.

Volumen XIII



Nº 51

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

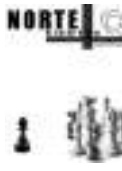
Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

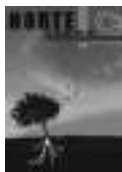
Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

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

Consejo Asesor y de Redacción:

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

✓ Acceso disponible en: www.revistanorte.es • Correo-e: info@revistanorte.es

✓ 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.revistanorte.es

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

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



NORTE de salud mental
Vol XIII nº 51, Febrero 2015

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

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

info@revistanorte.es

Autor de la portada: Pedro Carmona

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:



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

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Montajes Somorrostro



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 51. Febrero 2015

Editorial	5
• Mucho por cambiar.	7
Originales y revisiones	11
• La rumiación cognitiva-emocional: un complejo sintomático en el trastorno afectivo estacional en adolescentes. Un estudio cualitativo en un distrito de la Comunidad de Madrid. <i>Antonio Escudero, Rocío Blanco, Juan Manuel García Vega, María Morales, María García Moreno.</i>	13
• ¿Es posible adecuar las urgencias atendidas en Salud Mental Comunitaria? <i>Juan Otero, Aurora Alés, Nicolás Vucínovich, Patricia Tena, Ainoa Búa.</i>	34
• La terapia de pareja en Proyecto Hombre de Gipuzkoa. <i>Eusebio De la Huerga, Esther Maté Sanz.</i>	43
Formación Continuada	53
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XX). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	55
• Nuevos abordajes en la Rehabilitación Psicosocial: la recuperación, a propósito de un caso. <i>Ione Esquer Terrazas, Luz Celia Fernández Martín, Desiderio López Gómez.</i>	59
Pre-Ocupaciones	67
• Los falsos montajes de Hermano mayor TV. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	69
• En la búsqueda del otro. <i>Raúl Velasco.</i>	72
Historia	81
• Las edades del hombre, el escritor: Miguel de Unamuno. <i>Carmen Navarro Rodero.</i>	83
• Globo Rojo. Revista de los pacientes del Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda, Mondragón (1982-1999). <i>Oscar Martínez Azumendi.</i>	99
Actualizaciones	111
• Familia y psicosis. ¿Cómo ayudar en el tratamiento? <i>Jorge Tizón.</i>	113
• La guerra contra la violencia. <i>Federico Aznar Fernández-Montesinos, Enrique Baca Baldomero, José Lázaro (Eds. científicos).</i>	114
• Revista MyS Mujeres y Salud. Monográfico. Las voces que hay que oír: Alternativas a la psiquiatrización. <i>Leonor Taboada (Editor).</i>	115
• La Psicoterapia de la práctica clínica. Una introducción casuística para médicos. <i>Viktor Frankl.</i>	118
Agenda	119

Summary

NORTE de salud mental 51. February 2015

Editorial	5
• In this society there is much to change.	7
Original and reviews articles	11
• Cognitive-emotional rumination: a set of symptoms in seasonal affective disorder in adolescents. A qualitative study made in a district of Madrid. <i>Antonio Escudero, Rocío Blanco, Juan Manuel García Vega, María Morales, María García Moreno.</i>	13
• Is it possible to adapt the urgencies attended in community mental health units? <i>Juan Otero, Aurora Alés, Nicolás Vucínovich, Patricia Tena, Ainoa Búa.</i>	34
• Couples therapy in “Proyecto Hombre”. <i>Eusebio De la Huerga, Esther Maté Sanz.</i>	43
Continuing Education	53
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XX). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	55
• New approaches in Psychosocial Rehabilitation: recovery, a case report. <i>Ione Esquer Terrazas, Luz Celia Fernández Martín, Desiderio López Gómez.</i>	59
Concerns Challenges	67
• The false mounts of Hermano mayor TV. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	69
• In search of another. <i>Raúl Velasco.</i>	72
History	81
• The ages of man, the writer: Miguel de Unamuno. <i>Carmen Navarro Rodero.</i>	83
• Globo Rojo. Journal of the patients of Santa Agueda Psychiatric Hospital, Mondragón. (1982-1999). <i>Oscar Martínez Azumendi.</i>	99
Book reviews	111
• Familia y psicosis. ¿Cómo ayudar en el tratamiento? <i>Jorge Tizón.</i>	113
• La guerra contra la violencia. <i>Federico Aznar Fernández-Montesinos, Enrique Baca Baldomero, José Lázaro (Eds. científicos).</i>	114
• Revista MyS Mujeres y Salud. Monográfico. Las voces que hay que oír: Alternativas a la psiquiatrización. <i>Leonor Taboada (Editor).</i>	115
• Die Psychotherapie in der Praxis. Una introducción casuística para médicos. <i>Viktor Frankl.</i>	118
Calendar	119



EDITORIAL

Mucho por cambiar.

La necesidad de reforma sanitaria y de la sostenibilidad de los sistemas de salud vuelve a estar presente y como tema de actualidad. Quienes gestionan los dineros y se lucran más con ellos, saben bien que el gran negocio está en vender productos y servicios *imprescindibles*. La alimentación, la energía, las carreteras, la vivienda, la educación... y la salud. La sanidades una fuente inagotable, siempre habrá enfermedades.

Las grandes aseguradoras internacionales, los grandes grupos farmacéuticos, y el lobby médico (equipamientos, distribución de fármacos, etc.) presionan en los parlamentos por la apertura del mercado europeo: liberalización generalizada a ultranza y papel testimonial de los Estados en esta escalada privatizadora. No es una ensoñación catastrofista, hay muchas evidencias que apuntan a que este camino va realizándose. Veamos unas cercanas realidades.

Código Penal

El nuevo Código Penal que entrará en vigor cuando sea aprobado en el Senado, ha retirado las referencias a las medidas de seguridad de carácter indefinido que pretendían ser aplicadas a personas con trastornos mentales que hubieran cometido un delito. El proyecto de Ley en lo referido a este tema que hacía mención a la enfermedad mental, era una aberración, se basaba en falsas creencias y contribuía al estigma al considerarlas peligrosas. De haber sido aprobado sin esa supresión de lo referido a las medidas de seguridad la persona podía continuar encerrada aun habiendo cumplido la medida con la justificación de que pudiese cometer algún tipo de hecho delictivo.

Como las noticias gratas en los últimos tiempos vienen siendo pocas nos alegramos de compartir la información porque el esfuerzo de la AEN y de otras instituciones y colectivos profesionales y sociales ha logrado modificación. Los informes de la AEN han sido considerados y nuestro trabajo en los medios de comunicación han ayudado

a generar una presión y toma de conciencia que han sido muy valiosos. No obstante, no bajemos la guardia pues el CP a aprobar presenta otras muchas limitaciones de los derechos de las personas. Es preciso derogarlo pues una política sanitaria que convierte la atención a la salud en un negocio, en consonancia con el Decreto Ley 16/2012 que liquida el derecho universal a la salud y lo convierte en un sistema de aseguramiento, negando la atención a amplios sectores de la población, y con la Ley 15/97 que permite la privatización de bienes y los servicios del sistema público de salud. De ahí la necesidad de generar amplias corrientes sociales que exijan la derogación de la Ley 15/1997 y del DL 16/2012 pues están favoreciendo el cambio del modelo de asistencia sanitaria.

Medicalización de infancias y adolescencias

La Salud Mental infanto-juvenil cuenta con pocos medios, lo que impide que los menores reciban intervenciones psicoterapéuticas adecuadas y aumenten los tratamientos con psicofármacos, en contra de todas las orientaciones de los organismos internacionales.

En nuestra sociedad los médicos concentran poder e imponen saberes y prácticas en los procesos de enfermedad a través de la medicalización, aunque también hay actores que legitiman la expansión de la medicalización de la vida cotidiana, de manera acentuada en determinadas áreas, tal como sucede en el campo de salud mental. Ejemplo paradigmático del fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias, tratando como “enfermos”, a no pocos niños, niñas y adolescentes “hiperactivos”, con sus dificultades en el sistema escolar, etiquetados rápidamente de “TDAH”, y a los que se les suministra el fármaco para lograr disciplinarlos, no viendo los determinantes de su malestar, desconociéndose para esto la incidencia de factores socio-afectivos, culturales, económicos, familiares y pedagógicos en los modos de expresión que éstos ponen de manifiesto a través de su



desatención e mayor actividad en las aulas. Vemos con preocupación el desmedido incremento de niños y jóvenes con diagnósticos de “trastornos mentales”, con cierta ligereza.

Los medicamentos que estaban para curar, hoy se ofrecen como un objeto de consumo necesario que permita soportar las incertidumbres de la vida desde la infancia hasta la vejez, en un presente y futuro que nos presentan como catastróficos. Discursos medicalizadores, también en el caso de los menores, impulsados por los mismos, con la cobertura de algunas asociaciones de padres y familiares organizadas en torno a esos trastornos mentales con los que han sido “etiquetados” sus hijos como TDAH, TGD, TEA, etc. Podríamos utilizar un nuevo término, el de la “biomedicalización”, para explicar el giro dado en los últimos años en estos procesos de medicalización de la sociedad. Generan la alerta ante potenciales riesgos e indicios que puedan derivar en una patología, de modo que, apelando para esto a mucha información en Internet y otros medios accesible a padres, madres y profesorado, ya no requieren de la intervención médica para “auto-diagnosticarse”, e incluso a “diagnosticar” a sus hijos o al alumnado, lo que las farmacéuticas hicieron de expandir el mercado desarrollando nuevos mecanismos de comunicación, con campañas presuntamente educativas, para que se internalice el “problema” como un “trastorno subdiagnosticado” y que puede ser controlado por fármacos. Gran parte de la industria pasó de un modelo centrado en la “educación de los profesionales de la salud”, en especial los médicos para que prescriban sus productos, a otro dirigido a los consumidores. Y es que la medicalización de la vida no es un fenómeno que haya surgido recientemente. Es fruto de la promoción o comercio de enfermedades, con estrategias comerciales cuyo objetivo es crear enfermedades donde no existen, o bien acrecentar su gravedad, para generar una demanda donde el medicamento sea la “solución”. Para empeorar la imagen, ahí está la presión por mantener los beneficios y la fuerte competencia que aumenta la tentación de las farmacéuticas a practicar un comportamiento poco ético, con varios casos graves de soborno desde 2012, de tráfico de influencias, prácticas anticompetitivas y comercialización inadecuada, tergiversación

de la eficacia del fármaco y su seguridad, incentivos inadecuados a los médicos y retrasos de la entrada de la competencia de los genéricos en el mercado. Esto aparece en ‘El acceso a la medicina’, un informe financiado a través de la fundación Bill & Melinda Gates, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido y el Ministerio de Asuntos Exteriores de Holanda, que ahonda en la corrupción de la industria farmacéutica.

Vender más medicamentos, más pruebas médicas, más tecnología punta, etc., que no están justificados según las evidencias científicas actuales. No olvidemos que es un gran error medicar a las personas sanas, y ahí está el slogan de “pastillas, las justas”, como dice una campaña que ha tenido un eco considerable.

Mareas blancas

La preocupación ante los indicadores de salud está presente. Se han incrementado las tasas de suicidio, según datos del INE de 2012 han aumentado un 11,3% en relación al año anterior, alcanzando la tasa más alta desde 2005; un aumento significativo del consumo de psicofármacos, porque disminuye progresivamente el tiempo necesario para las intervenciones psicoterapéuticas y comunitarias; incremento de los servicios concertados con empresas privadas para camas psiquiátricas de media y larga estancia mientras se cierran servicios públicos, se conciertan hospitales de día para la atención de casos graves de niños y adolescentes; los recursos de la Atención Social para personas con trastorno mental grave, programas y centros de rehabilitación psicosocial y laboral, imprescindibles para una adecuada recuperación de las personas con trastornos mentales más graves, han sufrido importantes recortes presupuestarios, condenando a la cronicidad a miles de personas; hospitales infraequipados y “alquilados” durante décadas a las constructoras que los levantaron sin atender a las necesidades reales de la población; reducción de los presupuestos para la atención a las adicciones, en ocasiones un 20 o 30% durante esta legislatura. Son muchos los recursos gestionados por empresas privadas, empresas que han ganado un concurso en el que se otorgaba la máxima puntuación a la oferta más económica y, siguiendo las leyes de la competen-

cia y el libre mercado, con cada convocatoria se reduce personal y empeoran las condiciones de trabajo y de asistencia a los pacientes. Además de haber disminuido los dispositivos ambulatorios de la red, han disminuido los criterios de exigencia de calidad de las intervenciones y profesionales, todo por priorizar la mejor oferta económica. Así, los dispositivos residenciales (pisos de apoyo al tratamiento, o a la reinserción y las comunidades terapéuticas) están desapareciendo en consonancia con la destrucción del modelo comunitario.

Se repite en diferentes territorios una importante reducción de los presupuestos para la Salud Mental, disminución de los ya escasos profesionales, amortización de las jubilaciones y un 30% de contratos eventuales de renovación incierta, lo que impide la continuidad de la relación terapéutica, dificulta intervenciones y tratamientos de Salud Mental que no sean biologicistas (o de medicación) y somete a los profesionales a una situación de vulnerabilidad laboral.

Además, el capital no está por tolerar que la ciudadanía de los países pueda cambiar fácilmente las reglas del juego legislando en contra de sus intereses. No están por respetar opciones políticas democráticamente elegidas que puedan ir contra sus ganancias. Para protegerse de estas situaciones, que interpretan como veleidades

utópicas, el TTIP(*) establece que los intereses de las grandes compañías se arbitren por acuerdos de indemnización directos con el estado y al margen de los tribunales ordinarios. Esto supone maniatar a los gobiernos con cuantiosas indemnizaciones si quieren proteger el interés general frente al abuso del capital.

Legislación, medicalización social, cambios de modelo en la atención, precarización de los recursos de la Sanidad Pública, van configurando una situación que impide la consolidación de los equipos asistenciales y desarticula el modelo de atención comunitaria a la Salud Mental. La línea central de este modelo es el trabajo en red con dispositivos sanitarios, sociales, educativos y organizaciones de la comunidad, desarrollado por equipos interdisciplinarios, en función de las necesidades de la población, un modelo que ha demostrado, sin lugar a dudas, su efectividad y eficiencia asistencial durante décadas. Salvaguardando el derecho a la salud de la ciudadanía bajo los principios de universalidad, equidad, gratuidad, calidad y accesibilidad.

(*) Acuerdo Transatlántico para el Comercio y la Inversión (ATCI), conocido por el acrónimo en inglés TTIP, Transatlantic Trade and Investment Partnership.



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

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



ORIGINALES Y REVISIONES

La rumiación cognitiva-emocional: un complejo sintomático en el trastorno afectivo estacional en adolescentes. Un estudio cualitativo en un distrito de la Comunidad de Madrid.

Cognitive-emotional rumination: a set of symptoms in seasonal affective disorder in adolescents. A qualitative study made in a district of Madrid.

Antonio Escudero Nafs. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid). Profesor Asociado de CC de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Rocío Blanco Fernández. MIR Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

Juan Manuel García Vega. MIR Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

María Morales Martínez. Trabajadora Social. Centro de Salud Mental de Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

María García Moreno. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Majadahonda. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).

Resumen: En este estudio cualitativo analizamos fenomenológicamente el Trastorno Afectivo Estacional en adolescentes. Desde finales del invierno de 2014, un importante número de adolescentes con Depresión Invernal acudió a un centro de salud mental de la Comunidad de Madrid (España). Otro número de adolescentes lo hizo en el otoño. La sintomatología siempre fue grave. Mujeres adolescentes especialmente, realizaron lesiones autoinflingidas sin finalidad suicida. Aparecieron síntomas no descritos en el TAE: inundación intrusiva de pensamientos rumiativos, marcada variabilidad en la intensidad sintomatológica durante periodos irregulares, y las autolesiones. Las lesiones autoinflingidas actuaban con un efecto distractor para interrumpir el pensamiento rumiativo. Llamamos a este proceso: Vorágine Cognitiva-Emocional, La posibilidad de que este fenómeno pueda pertenecer a un subtipo de SAD que afecta a países más cálidos no es descartada. La aceptación de que el TAE puede afectar a países más cálidos podría ayudar a su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Trastorno Afectivo Estacional en adolescentes, Depresión Invernal, Vorágine Cognitiva-Emocional, inundación intrusiva de pensamientos rumiativos, lesiones autoinflingidas sin finalidad suicida, estudio fenomenológico.



Abstract: In this qualitative phenomenological study we analyze Seasonal Affective Disorder (SAD) in adolescents. Since the end of 2014 winter, a great number of adolescents diagnosed of Winter Depression were attended in a community mental health center in Madrid (Spain). Another group of adolescents was attended in autumn. Symptoms were always serious. Specially, women deliberately injured themselves with no suicidal purpose. Symptoms non described in SAD appeared: intrusive flood of ruminative thoughts, marked variability in symptoms' intensity during irregular periods and self-injuries. Self-injuries behaved as a distracting purpose in order to interrupt ruminative thought. We call this process Cognitive-Emotional Maelstrom. The chance that this phenomenon could belong to a SAD subtype that concerns hot climate's countries is not ruled out. The approval that SAD may concern to warmer countries could help to diagnosis and treatment.

Key words: Seasonal Affective Disorder in adolescents, Winter Depression, Cognitive-Emotional Maelstrom, intrusive flood of ruminative thoughts, self-inflicted injuries without suicidal purpose, phenomenological study.

El Trastorno Afectivo Estacional (TAE), suele asociarse con países de latitudes más elevadas que las de los países mediterráneos. Están reconocidas como formas del TAE: la depresión en otoño e invierno, a veces llamada Depresión Invernal, el Subsíndrome Afectivo Estacional, el TAE Estival, o la Exacerbación primaveral de los síntomas. El TAE es un cuadro afectivo, generalmente (1) aceptado por la comunidad científica, y en constante investigación. Existen referencias al mismo en población adolescente, sin embargo, puede llegar a estar infra-diagnosticado (2). Desde inicios de 2014, estamos manteniendo en seguimiento a una población de adolescentes, que están acudiendo al Centro de Salud Mental (CSM) de Majadahonda, con el diagnóstico de TAE, con elevada presencia fundamentalmente en mujeres adolescentes, de lesiones cutáneas auto-infringidas.

El presente estudio analiza, especialmente, el complejo sintomático, que hemos denominado rumiación cognitiva-emocional o "vorágine C-E", hallado en todos los adolescentes entrevistados con Trastorno Afectivo Estacional. Nos parece este complejo sintomático, de especial relevancia, por el elevado grado de angustia que genera en los adolescentes, y por no haber podido encontrar referencias similares, en la literatura científica revisada (se han usado diversas bases de datos, entre ellas: Embase, Pubmed, Ovid y ProQuest).

Desde los últimos días de febrero de 2014, comenzaron a acudir por primera vez a una de las

consultas del CSM, un número cada vez mayor de adolescentes de ambos sexos (niños en mucha menor medida), con sintomatología compatible con el trastorno afectivo (depresivo) estacional severo (3). Todos situaban el inicio del cuadro, a partir de enero del 2014 (si bien muchos de ellos en entrevistas posteriores, llegaron a percatarse de que, en mucha menor intensidad, ya desde el otoño previo su humor era más bajo, pero no hasta el grado de identificarlo como un problema. En muchos casos existía la presencia de autolesiones múltiples auto-infringidas. A medida que seguíamos la evolución de estos adolescentes, el número de nuevos casos aumentó el mismo año desde mediados de octubre de 2014. Igualmente, muchos casos (prácticamente del sexo femenino) acudieron con autolesiones cutáneas. Todos los adolescentes expresaron en la primera entrevista, que estaban de acuerdo con la necesidad de acudir a la consulta en el CSM, y tras una explicación detallada de lo que les ocurría, prácticamente todos los adolescentes, aceptaron de forma inmediata, el inicio de un tratamiento psicofarmacológico. Quizás esto puede ser, una constancia del grado de malestar generado por el cuadro.

Para valorar la relevancia dada a estos cuadros clínicos, podemos dar datos preliminares de la segunda sub-muestra otoñal de 2014; en el periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 28 de noviembre, uno de los investigadores (AE), evaluó 34 derivaciones consecutivas, remitidas por los médicos de Atención Primaria (MAP) y en

menor medida, por algunos pediatras de Atención Primaria. Dieciocho de estas evaluaciones, cumplieron criterios claros de Trastorno Afectivo Estacional de forma similar a los casos en seguimiento desde marzo del mismo año. Esto suponía superar el 50 % de las derivaciones. El reparto por sexo fue equitativo, con nueve casos en cada grupo. Pero por otra parte, sólo realizaron autolesiones cutáneas auto-infringidas, las pacientes adolescentes; en concreto, seis de las nueve que fueron evaluadas (un tercio de los casos diagnosticados). Salvo una de ellas, de 17 años, las cinco restantes tenían la edad de 15 años. En la literatura científica general, se asocia el fenómeno de autolesiones frecuentemente con las adolescentes (4). Por otra parte, la distribución equitativa no va acorde con la misma asociación que se hace entre sexo femenino y cuadros afectivos estacionales (5). En este caso, todos estos adolescentes, situaron el inicio del empeoramiento en una franja temporal comprendida, entre la última semana de agosto y la primera quincena de septiembre.

Objetivo del estudio: El objetivo principal de este estudio es la descripción de unos síntomas dentro del TAE muy relevantes por el nivel de angustia que generan.

Metodología y justificación del diseño: El estudio se enfoca hacia los adolescentes, aunque estos cuadros afectivos afectaron también a un escaso número a niños. Este dato es acorde con los datos de Roshental (quien introdujo en 1984, el término de Trastorno Afectivo Estacional (6), que establecían una diferencia dramática, entre la presencia del TAE en niños y adolescentes de los tres últimos años en la “*High School*” (7). Este autor, sugiere como posible explicación, el efecto de los cambios fisiológicos producidos en la pubertad.

Se ha seguido un formato cualitativo y fenomenológico. Este diseño cualitativo, se beneficia de la emergencia de nuevos casos; esto permite someter a comparación los fenómenos clínicos ya codificados. Se realizaron registros exhaustivos en cada consulta. Para el proceso comparativo, del cual iban surgiendo inferencias, usamos la metodología de la llamada “Teoría Emergente” (TE) (*Grounded Theory*). Para el estudio fenomenológico de las descripciones

de los adolescentes, tras la codificación y categorización según la TE, usamos el Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI) (8) “cuyo objetivo es explorar en detalle, la percepción personal del participante sobre una cuestión bajo investigación”.

Este estudio confirma la posibilidad de investigar clínicamente conforme se realiza la propia práctica terapéutica (9). De hecho, la evolución en cada caso, nos ayudaba a la toma de decisiones terapéuticas aplicables a otros adolescentes, así como a un continuo replanteamiento recursivo de los fenómenos que los propios adolescentes se esforzaban en explicarnos. El concepto de estudio observacional, o de tipo naturalístico, podría ser aplicado; sin embargo, la gran mayoría de referencias aluden a diseños epidemiológicos y psicofarmacológicos.

Para la detección de presencia de un Trastorno Afectivo Estacional, seguíamos a modo de guion la compilación de síntomas realizada por Araúxo, Varela, Cornes y Pedrejón (10). Dicha compilación de síntomas fue obtenida de muestras de adultos; sin embargo, nos permitía detectar síntomas claves para el diagnóstico de TAE. Las entrevistas comprendían preguntas de carácter abierto y semidirigidas para explorar en profundidad la presencia o no de alguno de estos síntomas.

Para la presentación de experiencias de los propios adolescentes que mostraba la fenomenología clínica codificada y categorizada, elegimos los tres primeros adolescentes que fueron diagnosticados de TAE y cuyo curso evolutivo -aún a fecha de terminar la redacción de este estudio- es observado prospectivamente. Se han cambiado los nombres de los participantes y cualquier dato que pudiese reconocerlos. Se solicitó autorización para este trabajo a los tres adolescentes, así como a sus padres. Las demandas de atención especializada surgieron en el inicio de marzo de 2014 desde fuentes derivantes distintas. Los nombraremos como Mónica, Lixue y Alberto, de 16, 13 y 16 años respectivamente. Constituyen los tres adolescentes sobre los que hasta ahora se mantiene un proceso de análisis continuado. No obstante aportamos también una selección de fragmentos textuales de otros adolescentes, los cuales ayudan a la comprensión de la clínica.



Descripción de las características de la consulta atención psiquiátrica de niños y adolescentes:

La misma se encuentra en el Centro de Salud Mental ambulatorio y multiprofesional perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid. El hecho de que en esta consulta se detecte un número elevado de adolescentes que cumplen los criterios de experimentar un TAE severo, no puede extrapolarse como un aumento global de casos en la población general. Intervienen muchos factores en el destino de la derivación de estos cuadros clínicos: las preferencias por derivar a Psicología Clínica o a Psiquiatría (o ambas) por los distintos pediatras y médicos de Atención Primaria; la gravedad percibida por el derivante según el síntoma de presentación (ej. por lesiones cutáneas); las listas de espera de los distintos profesionales; la libre elección de especialista por parte de los padres; y, posiblemente, factores que no obedecen necesariamente a la propia clínica.

No se ha recibido financiación alguna, y el evaluador y prescriptor no tiene vinculación con ninguna industria farmacéutica.

Clínica de los pacientes en seguimiento

Sintomatología inicial. En relación con la fecha de inicio de las consultas con los participantes, la sintomatología alcanzó una gravedad relevante tras las vacaciones navideñas, siendo a finales de febrero cuando realizamos la primera atención clínica. No obstante, varios adolescentes detectaron que una sintomatología mucho menos intensa, estaba ya presente desde el otoño de 2013. Esto puede corresponderse con lo que se llama subsíndrome afectivo estacional.

Mónica es una adolescente de 16 años, que acude acompañada por su madre a mediados de febrero a las urgencias del hospital general, donde es atendida emitiéndose en el informe de alta el diagnóstico de Trastorno Afectivo Estacional. Lixue, de 13 años, adoptada, acude por iniciativa de su madre, tras comentar a la orientadora de su centro escolar su estado y la realización de autolesiones. Alberto, de 16 años acude de forma urgente al propio CSM, tras sorprenderle sus padres realizándose cortes.

Tanto Mónica, Lixue, y Alberto conviven con sus padres y hermanos sin detectarse ninguna disfunción familiar a lo largo de todo el seguimiento.

Resultados. La sintomatología que presentaban en la primera entrevista de evaluación, según la revisión de Araúxo et al. (11), se reseña a continuación. Junto a cada síntoma ponemos las siglas de los adolescentes en los que la clínica aparecía claramente.

1. Irritabilidad (Alb, Món, Lix)
2. Tristeza (Alb, Món, Lix)
3. Ansiedad (Alb, Món, Lix)
4. Disminución de actividad física/fatiga (Alb, Lix)
5. Empeoramiento matutino* (Món)
6. Aumento del apetito
7. Disminución del apetito* (Alb, Món, Lix)
8. Sin cambios en el apetito*
9. Apetencia por hidratos de carbono (Món, Lix)
10. Aumento de peso
11. Disminución de peso*
12. Sin cambios de peso*
13. Aumento del tiempo de sueño
14. Somnolencia diurna (Alb, Lix)
15. Sueño no reparador* (Alb, Món, Lix)
Disminución de la libido (no preguntado regularmente en las entrevistas)
16. Aislamiento social (Alb, Món, Lix)
17. Dificultades laborales (académicas) (Alb, Món, Lix)
18. Dificultades interpersonales (Alb, Món, Lix)
19. Disminución de la concentración (Alb, Món, Lix)
20. Ideación suicida (se discutirá como síntoma)

Señalamos con un asterisco, los síntomas encontrados en la revisión hecha por los autores antes citados, pero que no se seleccionaron para la lista de síntomas relevantes en el TAE. En una publicación posterior (12), se reproducían los

porcentajes de representación de algunos de los síntomas elegidos:

1:75-90; 2:78-100; 3:72-100; 4:87-100; 6:25-83; 9:58-83; 10:38-86; 13:39-97; 14:51-98; 16:67-100; 17:69-100; 18:95-100; 19:83-96 y 20:33-66.

En 1986, Roshental et al (13) presentaron una serie de 7 casos con edad inferior a los 18 años. Los padres clasificaron por grado de severidad los síntomas de sus hijos en el siguiente orden: irritabilidad, fatiga, dificultades escolares, tristeza, hipersomnia, dolores de cabeza, cambios en el apetito, *craving* por carbohidratos, disminución en la actividad, llanto sin motivo directo, ansiedad, retraimiento social, y enfados temperamentales.

Síntomas no descritos por Araúxo et al. (10), pero que encontramos en nuestro estudio en al menos dos adolescentes, fueron:

- i. Extrañeza de sí-misma/o y sentirse “rara/o” (T. de Identidad, Sims250) (Alb, Món)
- ii. Irrupciones impredecible de llanto: (Alb, Món, Lix)
- iii. Daño autoinfringido (Alb, Lix)
- iv. Inundación intrusiva de pensamientos rumiativos (Alb, Món, Lix)
- v. Anhedonia (Alb, Món, Lix)
- vi. Variaciones “Mejor”/”Mal” entre-días (Alb, Món, Lix)
- vii. Variación predominio de sintomatología Matutina/Vespertina (Alb tarde, Món tarde, Lix)
- viii. Imagen corporal devaluada (Món, Lix)

Descripción de los principales síntomas destacados por parte de los pacientes de nuestro estudio.

La sintomatología era experimentada por los adolescentes con un matiz diferente a lo que se correspondería a una reacción depresiva ante algún hecho con repercusión emocional. Ante una propuesta por la madre de Mónica, atribuyendo su sintomatología a un desencuentro emocional con otras personas, la adolescente se dirige a su madre áspidamente y le expresa que lo que le está pasando es “distinto”, y que no tiene nada que ver con ningún desencadenante. Más

adelante, en plena fase de recuperación, sí relata con emotividad reactiva, pero al margen del cuadro depresivo, situaciones actuales de desencuentros con amigos.

En este apartado profundizamos en una serie de los síntomas descritos, no por más importantes que otros, sino porque su descripción fenomenológica dentro de los Trastornos Afectivos Estacionales es escasa en la literatura científica. Algunos de dichos síntomas son al tiempo, los que actuaban de forma más disruptiva para los adolescentes. Nos referimos a: la irritabilidad (1), las irrupciones impredecibles de llanto (ii), la inundación intrusiva de la extrañeza del Self y de “rareza” de la experiencia (i) (14), el daño autoinfringido, y las variaciones impredecibles B/M entre-días (B/M: “buenos” y “malos” días) (vi).

No analizamos aquí síntomas que si bien generan gran malestar en los adolescentes, sí están regularmente recogidos en las clasificaciones de síntomas de los cuadros estacionales. Existe igualmente una dificultad para la comprensión, un proceso ejecutivo que antes no era costoso; así, ahora tienen que leer un texto varias veces para captar el sentido de lo que expresa. El colegio y el instituto, y lo que conlleva sobre todo en la merma de resultados, se vuelven de esta forma en una fuente muy importante de estrés. Las alteraciones, sobre todo en las adolescentes, de la imagen corporal, constituyen otra fuerte importante de angustia. En ocasiones adopta la forma de bulimia estacional.

La irritabilidad (1) se muestra como el síntoma más evidente, percibido por el propio adolescente, y ratificado por sus padres. Sólo lo hemos considerado sintomático cuando ha seguido un patrón continuo en el tiempo, pero circunscrito al periodo de concurrencia con los otros síntomas.

La irritabilidad, descrita en la literatura científica como síntoma propio de depresión en adolescentes, era inmediatamente reconocida por ellos al preguntarle por la misma, ya fuese ante los padres o en entrevista individual. La encontramos sin excepción en todos los adolescentes diagnosticados. Era investigada con los adolescentes incluyendo el término “irritable”, explicándolo a modo de un estado de tensión (psíquica) que les hacía tener reacciones inmediatas, desproporcionadas



y continuas ante situaciones, a las que en otro momento no se les hubiera dado importancia. Añadíamos en la descripción, que incluso, la propia irritabilidad podía ser poco soportable para sí mismos (15). En un estudio sobre afectación del TAE en población infantil y adolescente (16), la irritabilidad fue el síntoma peor tolerado. En todos los casos validaron esta explicación como la que describía este estado.

Como rasgos especiales del síntoma encontramos: su reconocimiento inmediato, no hallarle una causa, no sentirlo como un rasgo previo de su personalidad, su generalización hacia todo entorno relacional (padres, amigos...) y la percepción de que la propia irritabilidad era de por sí difícilmente soportable para sí mismos/as, manteniéndose como un estado. Antes, destacábamos que la describían en presencia de sus padres, a pesar de que en los primeros casos pensamos que pudieran ser reacios a admitir una "actitud" susceptible de ser tratada a modo de "crítica". En contrapartida, los padres confirmaban pero no reprochaban este estado, impresionando de entenderlo dentro del conjunto de conductas que no pertenecían a su personalidad previa. La irritabilidad fue uno de los síntomas para los que más se aceptaba la posibilidad de su alivio, aun siendo la propuesta psicofarmacológica.

Alberto se describe en su primera entrevista más sensible e irritable: "*siempre he sido sensible, pero últimamente no quiero que se me acerque la gente porque...*" (Realiza entonces un gesto brusco con la mano y el brazo, sugiriendo el mismo, que de acercarse alguien, le lanzaría un improperio o un objeto). En su primera atención, realizada en urgencias del hospital general, Mónica describe que se enfada con la gente más a menudo que antes, destacando el inicio de sus enfados incontrolados desde las festividades navideñas. No obstante sigue manteniendo, refiere entonces, una buena relación con sus amigas.

Es importante destacar que, al contrario de la depresión en adultos, los cuales suelen adoptar una retracción social masiva e intensa, los adolescentes buscan sin embargo su grupo de edad. Algunos autores atribuyen esto a la desconfianza en la comprensión por los adultos, por minimizar los síntomas depresivos y por atribuir la irritabilidad a una etapa de la edad, o relacionado con

algún acontecimiento frustrante para el adolescente. En distinta medida, hubo adolescentes que siguieron buscando su grupo de pares, mientras otros, tendían al aislamiento.

La tristeza (2) era un síntoma evidente para el entrevistador, pero no así tanto para los pacientes y sus padres. Se nombraba como puntual, en determinados momentos, acompañada por la irrupción impredecible de llanto y un cúmulo de pensamientos con rasgo abrumador. Que su intensidad alcanzase momentos álgidos y que pudiese disminuir notablemente, quizás al día siguiente, no facilitaba identificarla como sí podría serlo en una tristeza mantenida con un patrón regular. Muchas veces aparecían estos síntomas al explorar junto al adolescente el estado en que se encontraban como "algo difícil de explicar". La frecuencia de esta expresión en muchos otros casos que fueron concurriendo en la consulta, le daba a dicha dificultad (evidente en el esfuerzo solicitado al paciente) casi un rasgo de señal o síntoma.

La angustia (3) está siempre presente en la inundación intrusiva de pensamientos rumiativos. Hemos optado por el término "angustia" -conocedores de su difícil diferenciación con la "ansiedad"-, por su asociación con un efecto más paralizador sobre el sujeto, y por su propia infravaloración para "*iniciar una acción que alivie el sentimiento (...) [en un] estado de indefinición*" (17). Es cierto que los pensamientos negativos parecen que anticipan algo, más próximos en ese caso a la idea de ansiedad; pero, más que anticipadores, los pensamientos enuncian un hecho ya inevitable: ser la peor persona del mundo, ser odiada por todos o, la certeza de que es imposible que no suspender todas las asignaturas.

El complejo sintomático de la voráGINE cognitiva y emocional

A lo largo de la elaboración del trabajo, hemos dado a estos episodios críticos (síntomas ii, iii y iv) el nombre de "voráGINE cognitiva-emocional" (VC-E).

El término voráGINE fue elegido como metáfora de un complejo sintomático que se repetía en su descripción. Las tres acepciones contempladas

por la R.A.E. constituían a su vez buenas metáforas de la intensidad, dinamismo y secuencia en el tiempo, de este conjunto de síntomas: 1) “remolino impetuoso” que hacen en algunos parajes las aguas del mar, de los ríos o de los lagos; 2) “pasión desenfadada o mezcla de sentimientos muy intensos”; y 3) “aglomeración confusa de sucesos, de gentes o de cosas en movimiento”. En estos episodios críticos concurrirían (además de la tristeza y la angustia), las irrupciones impredecibles de llanto (ii), la inundación intrusiva de pensamientos e ideas (iv), ideas de muerte en ocasiones, y en la mayoría de los casos, las lesiones cutáneas auto-infringidas (iii). La duración de estos episodios agudos parece variable, desde minutos hasta más de una hora. En todo caso hay gran dificultad para determinar el tiempo de duración por los adolescentes. Esto último puede deberse a la propia intensidad de inmersión en el propio proceso que alcanzan hasta un nivel extremo de “visión en túnel”, y por ocurrir más frecuentemente en soledad, lo que dificulta la observación por terceros.

Oscilación circadiana e infradiana de la intensidad de la sintomatología.

Es importante introducir aquí el aspecto de las oscilaciones de la intensidad sintomatológica entre los días y que hemos definido como Variaciones “Mejor”/”Mal” entre-días (vii). Quizás, este contexto, con probable interacción por oscilaciones de variables climáticas (18), puede llegar a generar una suerte de indefensión aprendida, por la imposibilidad de anticipar la aparición del día o días con sintomatología más agudizada.

Estas variaciones, no las hemos encontrado descritas en los artículos y monografías revisadas. Si acaso, la alusión más destacable es la de Lucas (19): “*Lo remarcable es, que aunque presentes los síntomas nucleares, había variaciones en la intensidad y preminencia de unos síntomas sobre otros, a la par que inviernos sin presencia de psicopatología*”. El rasgo impredecible de esta temporalidad, marcaba para los pacientes la aparición de días proclives a la agudización sintomatológica. Era especialmente en estos días, cuando aparecían las irrupciones de llanto identificadas como “sin motivo” y la “inundación intrusiva de pensamientos”. No conseguimos establecer un patrón que fuera reconocido por los pacientes y

sus familias, en gran medida porque estas variaciones eran irregulares en el número de días consecutivos, con mejoría o empeoramiento. Usamos términos como “días peores” o “días de bajón” frente a los “días no tan malos”, para usar la terminología general que usaban los adolescentes para describirlos. Una vez que esto era señalado a los adolescentes y sus padres, aparecían fases consecutivas irregulares de días malos/no tan malos observadas dentro de periodos más amplios de tiempo. Se constituían de esta forma como un “síntoma” más del cuadro. La coincidencia en el empeoramiento de muchos adolescentes en un conjunto de días consecutivos pudo identificar algunas de estas fases (por ejemplo, en la semana previa a las fiestas en abril de Semana Santa de 2014). Esta irregularidad temporal de la intensidad sintomatológica, constituía un elemento que dificultaba para los pacientes o sus padres la identificación de las oscilaciones anímicas infradianas como parte de un sólo proceso depresivo. Esta temporalidad irregular se sumaba como fuente de inseguridad para la persona.

Los estudios científicos, sí han establecido como muy probable causa de estos cuadros estacionales, la disminución lumínica en los periodos otoñales-invernales (y el calor en los estivales). Algunos adolescentes sí llegaban a plantear un probable empeoramiento en días más oscuros (Disforia de los días nublados) (20). La vorágine cognitiva-emocional constituía prácticamente el marcador que determinaba para un adolescente definir un día, como malo/no tan malo. Cuando se apreciaba una mejoría progresiva en la evolución, la mayoría de los adolescentes la describían en la medida en que disminuía el número de días “malos”; sin embargo, cuando la vorágine cognitiva-emocional y otros síntomas emergían en esos días, aunque cada vez más aislados, la describían con una intensidad equivalente a los primeros episodios.

No podemos establecer hasta qué punto esta disminución de los días proclives a la expresión aguda de la sintomatología se debía al tratamiento, o al aumento de la intensidad lumínica de los días (o ambos factores). Por otro lado, esta “lógica” sobre el avance de la estación parecía romperse y generar confusión cuando surgió un empeoramiento en la mayoría de los adolescentes en los meses de abril y mayo (en este



periodo, tras una mejoría, fueron precisos los ingresos en la Unidad de Adolescentes de otro hospital de Alberto y de Lixue). Esto determinó, por el propio grado de confusión que generó en los autores, la búsqueda de una explicación, encontrando descrito un cuadro de TAE llamado “Exacerbación Primavera de la Depresión Invernal” (21). Pero la descripción de este cuadro, aun cuando su nominación la asociaba a la depresión invernal, planteaba que podía tratarse también de un fenómeno independiente, o incluso el prolegómeno de un cuadro afectivo estival (que de hecho identificamos, por el número de casos, en el mes de julio).

La sintomatología que describimos a continuación era por tanto más intensa en determinados días.

En la descripción de la “vorágine cognitiva-emocional”, es difícil determinar si la irrupción impredecible de llanto surge antes o a la par de la inundación intrusiva de pensamientos rumiativos. En todo caso, siempre se desarrollan conjuntamente. No obstante, la irrupción impredecible de llanto -o “episodios de llanto”, o “llanto sin motivo” (*crying spells* en inglés)- podía surgir a lo largo de todo el proceso cognitivo autodevaluativo; tanto como forma de inicio, como de epílogo final de este periodo crítico. La angustia (“agobio” a veces), va adquiriendo progresiva intensidad desde un inicio.

Una inundación intrusiva de pensamientos e ideas, frecuentemente ocurría en la fase anticipatoria del sueño, cuando, sin otros estímulos distractores los pensamientos rumiativos se prolongaban. No obstante, aquí el momento de la aparición era predecible por los adolescentes, y se constituía en fuente de gran ansiedad anticipatoria en ellos. Los pensamientos de carácter rumiativo comprendían: ideas devaluativas del sí-mismo, de desesperanza, o la rememoración de recuerdos -a veces como imágenes- de lo acontecido a lo largo del día, pero a veces también referido a cosas pasadas.

Sims (22) incluye las rumiaciones como parte de las obsesiones. Por otra parte, un concepto que puede ajustarse a la mayoría de presentaciones del pensamiento rumiativo observado en las entrevistas es lo que Higuera, Segarra y Sáenz (23) describen el “pensamiento estre-

chado”, dentro de las alteraciones cuantitativas negativas del curso del pensamiento, como una “*forma particular del pensamiento perseverante, propia de los trastornos afectivos de tipo depresivo. (...) obedece a un déficit atencional selectivo del individuo que se encuentra centrado en su mundo interno, fijado a un escaso número de representaciones mentales de marcado signo pesimista, fruto de un tono afectivo negativo. (...) Es como si su pensamiento discurriera en círculos repetitivos, al estilo de las rumiaciones obsesivoides*”. Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky definen la rumiación “*como el proceso de pensar de forma perseverantemente sobre los propios sentimientos y los problemas en lugar de en términos de los contenidos específicos de pensamientos*” (24).

Diferencias entre patrones de pensamientos negativos en la VC-E

La forma de inicio de los episodios de rumiación como una vorágine ideativa y emocional parecía indistinguible entre las descripciones de los adolescentes. Sin embargo, en el progreso del episodio pueden estar implicados otros factores tales como: estilos cognitivos previos, variables del entorno y la propia biografía, antecedentes familiares o, formas de procesar la información y desarrollar conductas. En este último caso, nos impresiona como relevante la presencia comórbida de los trastornos por déficit de atención, incluyendo la variante de cursar con hiperactividad o inatención. Quizá en relación con lo anterior, identificamos ciertas diferencias o posibles patrones comunes en la forma de discurrir los pensamientos negativos en los adolescentes durante la VC-E.

Patrón rumiativo como cúmulo de pensamientos negativos.

Alberto describió en su primera atención clínica: “*Hay veces en que me voy, y me pongo en plan muy mal y yo siento como que necesito hacerlo (alude a las autolesiones por cortes), se me agolpan ahí todo*”. Al pedirle que intente explicar ese “todo”, tras un esfuerzo evidente por hallar una respuesta, expresa: “*es todo a la vez y nada en verdad*”. No hay un pensamiento que predomine. Los describe en forma de recuerdos: “*veo, no*

es que veo pero recuerdo cosas, no sé muy bien cómo explicarme, pero no sólo eso sino cosas que he hecho o han dicho, no sé, es como cosas seguidas, no es mucho tiempo pensando en una sola". Es difícil determinar, si los pensamientos se sucedían en cascada, como parece sugerir la última frase del fragmento recogido de Alberto. Por otro lado, describe que no hay un pensamiento predominante, y que los mismos "se agolpan". Lo cierto, es que todos los adolescentes lo expresaban en forma de acumulación. En todo caso, el paso de un pensamiento a otro, puede ocurrir a tal velocidad, que la sensación para el sujeto es que emergen muchos a un mismo tiempo.

Mónica refirió en su primera atención que, "sin motivo" aparente, empezaba a sentir una opresión torácica, sensación de "agobio" y ocurriendo a la par: "*me vienen muchas cosas a la cabeza*". Expresó, al igual que Alberto, que no sabía definir esta sensación. En una sesión posterior, a primeros de abril refería que especialmente en los días "malos", irrumpían ideas sueltas, sin relación entre ellas: "*A veces como que pienso muchas cosas que no están relacionadas, pero se me olvidan; luego pienso una cosa exacta, (como) que no tengo motivación en los estudios, no sé qué voy a estudiar y me agobia, como que no tengo una motivación en la vida*". En el caso que este discurrir de ideas inconexas recabe en un pensamiento en concreto (definido como "exacto"), comenta que entonces se "*detiene en él (y) le doy más vueltas, y va creciendo su agobio*". Los días en que se encuentra mejor, puede pensar en esa misma idea, pero, de forma más fugaz.

Lixue lo expresaba de la siguiente forma: "*La vida está hecha de sueños, pero si no hay sueños, muero; yo, ahora sueños, no tengo ninguno, y yo la salida la veo como a miles de kilómetros, estoy hundida en la tristeza, en la soledad. (...) Es estar rodeada de gente pero cuando te sientes sola no hay muchas razones. Las verdaderas compañías son sentimientos que tú no puedes elegir. Pensamiento de que esto no merece la pena. Sí, voy al instituto, se supone que vas al instituto, y veo la oscuridad; hay muchas veces en que me gustaría dormir en un sueño eterno... mira, yo por mí, no me importa nada, yo me preocupo por mi madre, porque por estos días un día se va a morir por estos sustos. Me siento la peor persona del mundo*".

Helena, quien es atendida por la alarma de sus autolesiones a inicios de noviembre de 2014, describe: "*Hay días en los que me da un bajón y no sé por qué; me dan ganas de llorar, de estar así sentada y no encuentro el motivo. Y eso me pasa muy a menudo, poner música lenta*" (añadirá espontáneamente a modo de algo extraño, que nunca le ha gustado la música lenta, sino la alegre). Siente en esos momentos mucha angustia, pues llegan "*un montón de ideas*". Al preguntarle la forma en que surgen, describe que aparecen a un mismo tiempo, y no secuencialmente, lo cual parece representar mejor la vivencia de acumulación de ideas referida antes. La naturaleza de sus ideas la describe de esta forma: "*siempre, siempre, me viene en la cabeza lo de suicidarme, o de irme de casa, o volver a Caracas con mi padre, o no hablar con mi familia ya y no decir nada, o hacer todo lo que ellos me piden, no salir de la línea, hacer todo perfectamente*". Cuando se calma, refiere que "*ya estos pensamientos desaparecen*", pero que "*otro día en que me viene el bajón, pienso en hacerlo otra vez y ya lo he intentado muchas veces* (cortes en muñecas y en abdomen)".

Aparecen en las experiencias previas, dos rasgos comunes que surgirán en todas las descripciones de los adolescentes de ideaciones rumiativas: su carácter siempre intrusivo y su aparición selectiva preferentemente cuando se encontraban a solas, o también rodeados de personas que están atendiendo a otra cosa (por ejemplo, durante las clases). Muy rara vez, había ocurrido cuando estaban con sus familiares.

Patrón rumiativo como pensamientos con rasgo obsesivo.

En ocasiones, los pensamientos adquieren una forma obsesiva, de recurrencia continua de la misma idea en todos los episodios; muchas veces en forma de pensamiento mágico y temor a sus consecuencias.

Pablo, de 13 años, fue atendido en urgencias antes de la primera consulta en el CSM. El informe mostraba toda la sintomatología descrita en la clasificación de Araúxo et al., salvo la apatencia por alimentos dulces, presentando más bien hiporexia. A nivel del pensamiento destaca su curso obsesivo. Estos empezaron un mes antes



de la primera entrevista, por tanto, hacia finales de septiembre. La sintomatología que presenta es la primera vez que le ocurre. El diagnóstico emitido fue “Trastorno depresivo, posible TOC a confirmar según evolución”.

En las siguientes entrevistas, ya en el CSM, refiere una gran cantidad de ideas y preocupaciones que le hacen muy costoso conciliar el sueño. Presenta episodios de llanto, pero estos no concurren con pensamientos negativos o devaluativos. Sí expresa que siente angustia, pero precisamente, la obsesión y las conductas se dirigen al fin de “*no pensar*”. Se trata por ejemplo de no pensar en *determinadas* palabras que no puede pronunciar. El motivo es que si piensa en alguna de ellas, siente que puede pasar algo desagradable. Existe sobre esto una vivencia de absurdo. La única estrategia que tiene para salir de los bucles obsesivos es la música. Su esfuerzo angustioso para “*no pensar*”, es más intenso cuando se encuentra solo en su habitación. Cuando esto le ocurre en el colegio, durante la clase, evita llorar. Los padres consiguen sacarle de la sensación de angustia a través de la música, más bien electrónica, la cual no es la que habitualmente escuchaba. En la entrevista, se agobia cuando le cuesta expresarse y no halla las palabras, o podríamos decir, las alternativas a las palabras que no puede usar.

En casa habla mucho en infinitivo, sin conjugar los verbos, además de los adjetivos y sustantivos que intenta evitar. Ello explicaría que en la entrevista, si bien colaborador, haya limitado sus respuestas a tipo “*sí o no*”. Efectivamente, confirma que cuando hablaba al evaluador con “*sí o no*”, era para no pronunciar ninguna palabra que no pudiese expresar. La reiteración del infinitivo de los verbos (“*me voy a estudiar, del verbo estudiar; o me voy a duchar, del verbo duchar*”, según ejemplos aportados por su madre) tienen la función de que no haya duda, más que de la palabra en sí, de la acción que va a realizar.

Comenta que está preocupado y extrañado por lo que le está pasando, pues no encuentra ningún motivo. Nos refiere que aprieta contra la piel la punta de un bolígrafo hasta dejar la señal de la presión. Al preguntarle por qué lo hacía, responde escuetamente “*no lo sé, no lo sé explicar*”. Resuena, como una forma mitigada de autolesión.

Tras acudir un fin de semana a urgencias, dada una elevación del nivel de angustia, es remitido a la Unidad de Adolescentes de referencia. Tras el alta puede hablar conmigo de forma libre a finales de diciembre. El diagnóstico tras el ingreso ha sido TOC vs. PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome). El diagnóstico posible de PANS parece que se debe a la rápida aparición y desaparición del cuadro clínico obsesivo. Refiere que en los días previos a la consulta ambulatoria, se encontraba “*a ratos bien*”; mientras, otro día podía encontrarse mal. Por informaciones sobre su conducta paralelas a lo referente a la depresión sugieren la posible existencia de un cuadro de TDA/H, con el cual la madre se muestra de acuerdo. Paradójicamente, no se trata de que haya pensamientos negativos, sino de la evitación extrema “*de pensarlos*”, ante el pensamiento mágico de que puedan cobrar forma. A fecha actual no hemos podido profundizar en las palabras que intentaba evitar. Existe evidencia de distractores, como la música, o como presionarse fuertemente con la punta de un bolígrafo. No encuentra la finalidad de esto, si bien, sin advertirlo él, parecen actuar como distractores, de los pensamientos obsesivos y su lucha contra ellos. La estrategia es “*eliminar*” las palabras, probablemente aquellas con las que se pueden construir los pensamientos que evita.

Momentos de desconexión descrita como ausencia de pensamientos.

Lixue describía lo siguiente: “*En todo este trimestre y el anterior, he sido incapaz de mantener la atención en nada, ahora no sé por qué mi mente está aquí (aludiendo a la consulta), pero en clase puedo estar mirando un punto fijo con la mente pensando a toda velocidad, por ejemplo, estoy en la cama, intento pensar y se me queda en blanco; y en otras ocasiones estoy haciendo otra cosa, y mi mente empieza a funcionar a toda velocidad y eso, despierta*”. Es, añade esta adolescente: “*como que se dispara el pensamiento, como más activa, son como momentos*”. En su casa, comenta que a veces se tumba a pensar y no le viene ningún pensamiento, mientras que en clase le viene “*todo*”. Describe que hay momentos de pensamientos acelerados, otros momentos en que los percibe lentos, y en otros normales. Refiere que puede quedarse mirando a un punto fijo y

parecer que se queda “tiesa”, ocurriéndole esto más en clase, cuando irrumpían “un montón de pensamientos”. Estas expresiones expresan claramente el carácter intrusivo de las rumiaciones, su carácter taquipsíquico y breve, su carácter paralizante, y la ausencia de control en general sobre el proceso del pensamiento.

La descripción de desconexión más intensa la refiere Alberto. A principios de noviembre y en una evolución, si bien tórpida, hacia la mejoría, expresa no obstante su preocupación por la permanencia desde el inicio del cuadro y constante a lo largo de los días, de la “sensación”, que describe: “como si no pudiese pensar, como si no tuvieses ideas (...) Como una tela”. Describe que esta “tela” dificulta que fluyan los pensamientos. Alude a una ralentización de los pensamientos, vivenciados como propios, pero a la par distantes de sí-mismo: “No es como sentirse en blanco..., es, como si hubiese perdido parte del cerebro”.

Continua en su evidente esfuerzo por explicarlo: “Es como si vieses las ideas de tu cabeza desde lejos. (...) No piensas, haces las cosas, pero no piensas. (...) Es como si vas muy lento, tienes las cosas delante y no las relacionas con nada”. Añade cómo, si bien puede reconocer el final de una acción emprendida por él, puede no reconocer la cadena de acciones intermedias, a modo de un vacío que sugiere la analogía de haber perdido parte del cerebro: “Como sin darte cuenta, el otro día me pasó una cosa muy rara. Estaba saliendo del metro, y... como, en blanco de cómo había llegado; normalmente piensas en cosas”. Al preguntarle si puede parecerse a una especie de “laguna de la memoria”, refiere que se trata más como si: “todo (incluido sí mismo) lo que veo desde fuera”. Matiza que “no es como sentirse que no está ahí”, enfatizando sobre la idea de experiencia (sensación) propia. Su padre ha observado que exclama inesperadamente: “¿qué iba a hacer ahora?”. Hay que señalar que a lo largo del seguimiento de Alberto, surgieron elementos que hicieron pensar a un tiempo, por parte de la psicóloga que le atendía, de la presencia de una clínica propia del síndrome de Asperger, y por nuestra parte, de un trastorno marcado de déficit de atención tipo inatento, e incluso como una forma del Trastorno de Tempo Cognitivo Lento (*Sluggish*

Cognitive Tempo); concepto controvertido que se considera como una forma extrema del TDA, o bien, como una entidad independiente (25). La mejoría espectacular de Alberto a finales de año (no le habíamos conocido hasta entonces con su personalidad previa) mostró un Trastorno por déficit de atención tipo inatento, con mejoría al añadir una presentación de metilfenidato.

La expresión de su procesamiento cognitivo como una tela se puede considerar más próxima a una despersonalización: “Es como si vieses las ideas de tu cabeza desde lejos”. Es de interés la íntima relación que establece Sims entre despersonalización y los afectos: “Cualquiera de las funciones mentales puede ser objeto de este cambio, pero siempre está implicada la afectividad” (26). No llega a haber una plena disociación, pues al tiempo que tiene lugar la experiencia, ésta es vivenciada como algo “raro”.

Conductas autolesivas “sin aparente” rumiación.

Es preciso ser cautos, conscientes del propio encabezamiento de este apartado. La propia experiencia de Lixue, quien expresó su angustia por “los segundos” antes de arrojarle del coche en marcha, nos sugiere que más que pasajes al acto, estas acciones, por su propia gravedad, sugieren un pensamiento autolítico. De hecho, las ideas de muerte son elementos frecuentes en la vorágine de pensamientos, pero autolimitadas a la misma, y una vez finalizado, habitualmente criticadas por el adolescente o bien, esporádicas y de baja intensidad.

Lixue, se arrojó del coche que conducía su madre, sin mediar ninguna discusión, cuando iban a 80 kilómetros por hora. Esto determinó su ingreso en una Unidad psiquiátrica para adolescentes. El acto de Lixue, quizás sea difícil de establecerlo al mismo nivel que las autolesiones. De hecho ocurrió en un momento en que la sintomatología más aguda comenzaba a remitir. Nunca lo ha asociado sin embargo con una acción con finalidad suicida. Lixue, expresó por primera vez, el nueve de septiembre, en entrevista individual, que aun habiendo mejorado clínicamente, piensa con gran angustia constantemente en dicho episodio. Hay que señalar que durante el ingreso se diagnosticó, junto al proceso depresivo, la presencia de un Trastorno por Déficit de



Atención/Hiperactividad. Esto puede sugerir la intervención de la impulsividad en algunos de sus actos.

Esta experiencia adquiere según el entrevistador rasgos traumáticos, inabarcable en su comprensión para la propia persona que lo narra. Lixue la enuncia, sin entrar en los detalles del proceso, dada la angustia que sólo hablar sobre ello le genera. Con todo, llega a expresar que sobre todo, aquello que le “*preocupa*”, fueron “*esos cinco segundos*” angustiosos de pensamientos y emociones que precedieron a la apertura de la puerta. Digamos, que lo que le angustia es el proceso cognitivo-emocional capaz de llevarla a realizar un acto tan peligroso, y según admite, su temor en tanto incomprensible, a que pudiera ocurrir de nuevo.

Los distractores como medio para interrumpir la voráGINE

El objetivo de un distractor (terapéutico) consiste en retirar la atención de la fuente de “sufrimiento” con el fin de dirigirla y centrarla en otro tipo de estimulación. Hemos utilizado esta definición de Bragado y Fernández Marcos (27), pero hemos cambiado la palabra “dolor” original por “sufrimiento”. Esto incide en el uso opuesto que se hace en psicología de este término, pues, en el artículo original de la autora, su finalidad es terapéutica frente al “dolor” en niños sometidos a técnicas médicas invasivas. Por otro lado, los distractores son elementos que perjudican las funciones ejecutivas en los problemas de atención. En este estudio, atribuimos a las lesiones cutáneas autoinflingidas el efecto de distractor al servicio de detener la voráGINE cognitivo-emocional. Esto, como señalan algunos autores como Levenkron, “puede” parecer paradójico (28). Sin embargo, si en la definición dada sobre la función de un distractor, hubiésemos cambiado la palabra “dolor” por “dolor psíquico”, la paradoja se diluye. Se trataría según este autor, de un mecanismo por el que, cuando el dolor psíquico llega a ser insostenible, su transformación en dolor físico, lo hace más manejable: “*Es la experiencia del dolor físico -por su efecto calmante sobre su más doloroso estado psicológico- lo que está siendo buscada*” (29). Existen líneas de investigación que establecen una posible

relación entre las lesiones autoinflingidas con la alexitimia (literalmente, carencia de palabras para las emociones), explicándolas, como una forma de manejar las ideas cuando sobrepasan el nivel tolerable de angustia, cuando existe una incapacidad, para poder expresar su sufrimiento emocional a través de las palabras (30).

En todo caso, podemos considerar las lesiones autoinflingidas como un distractor disfuncional. Muchos adolescentes empleaban otros medios como distractores. Frecuentemente se trataba de: música (en una ocasión incluso una música específica que no era la habitualmente escuchaba el adolescente), jugar a algún videojuego o conectarse a internet, llamar también a alguien, y curiosamente, a menos frecuente, salir del aislamiento de su cuarto.

Helena, quien describió en la primera consulta que las autolesiones en la piel ocurrían al final de la “voráGINE C-E”, mejoró de forma espectacular con un antidepresivo del tipo ISRS. No obstante, a finales de diciembre acudió con una recaída completa. Refirió que llevaba 20 días sin tomar la pauta por olvido del envase. Tras la reinstauración del tratamiento, se recuperó en pocos días. Al preguntarle a principios de enero de 2015, por posibles autolesiones durante la recaída, refirió que no se había cortado recurriendo con éxito al consejo de contactar inmediatamente con alguien cuando aparecieran los primeros pensamientos intrusivos.

Las autolesiones como distractor y parte (o posible continuación) del cortejo sintomático de la voráGINE cognitivo-emocional.

En un continuum con la voráGINE cognitivo-emocional, encontramos que la experiencia de autoinflingirse lesiones, es muchas veces el epílogo del proceso descrito como “voráGINE”. Esto hizo de las autolesiones, un síntoma frecuente al inicio del cuadro de depresión estacional en adolescentes, que remitían tras iniciar el tratamiento (y ocasionalmente reaparecía en alguna exacerbación).

“Autolesionarse constituye una compulsión o impulso dirigido a infringir heridas físicas en el cuerpo de una/o misma/o, motivado por la necesidad de hacer frente a la angustia psicológica insopor-

table o recuperar un sentido de balance emocional. El acto es usualmente llevado a cabo sin intención suicida, sexual o decorativa” (Sutton, 31).

Por una parte estas autolesiones tienden a incluirse entre los factores de riesgo suicida (32), o por el contrario, con una fenomenología propia pero en ningún momento suicida (33). En ocasiones es tratado como un síntoma presente en múltiples desórdenes mentales, o como un fenómeno con derecho a ser considerado un cuadro clínico diferenciado (34). La controversia sobre la naturaleza de este fenómeno es considerable, con una tendencia a considerarlo muchas veces como un fenómeno mediático, o como “moda” adolescente (35), especialmente cuando numerosos casos surgen al mismo tiempo. En todos los casos en que este fenómeno apareció, lo hizo al final de una vorágine rumiativa, tal como se ha descrito en forma de intrusión de ideas negativas abrumadoras con un grado de estrechamiento de la conciencia. Hemos elegido el término de “*autolesiones (cutáneas) autoinfringidas*”, como término más similar al anglosajón de “*self injury*”.

En la clasificación CIE-10 se incluyen con la codificación: “*X78 Lesión autoinfringida intencionalmente por objeto cortante*”; a su vez dentro de las Lesiones autoinfringidas intencionalmente (X60-X84) que, “*Incluye: envenenamiento o lesión intencionalmente autoinfringida y suicidio (intento de)*”. Su situación en la CIE-10 es compleja pues se encuentra en la encrucijada de distintas tendencias clasificadoras. Por su vinculación con el envenenamiento se correspondería con el término elegido por algunos autores de “*daño*” autoinfringido (*self harm*), por ser más amplio que el de “*self injury: cutting y burning*”. Por otro lado, tanto las lesiones por objetos cortantes y quemaduras son separadas de los “*intentos de suicidio*”, de acuerdo con las líneas que expresan radicalmente que estas autolesiones no tiene una función suicida sino, si cabe, la opuesta. En nuestro caso hemos optado por la denominación de autolesiones (cutáneas) autoinfringidas pues, por un lado eran las lesiones que presentaban las adolescentes (utilizamos el femenino genérico por la mayor abundancia de casos); y porque explícitamente negaron una finalidad suicida.

Alberto, tras un ingreso, y una mejoría, refiere cuando acude a inicios de octubre que: “*Última-*

mente tengo bastantes cambios de humor y estoy más irritable, a veces por cualquier cosa y no puedo parar y me pongo agresivo (...) Me pongo a destrozar mi habitación, me pongo muy nervioso, me pongo muy nervioso, no sé hay algo dentro, no sé”. Una vez o dos por semana se quemaba en los tobillos con cigarrillos” (muestra varias marcas en el tobillo derecho). Estas autolesiones no coinciden, sin embargo, con los episodios que describe de agresividad. Comenta que frente a la habitación, la agresividad fue más bien, como una expresión externa de la angustia; por el contrario, quemarse lo describe más asociado a “*una forma más interna*”, en su relación con la angustia. Refiere que apagar el cigarrillo presionándolo contra su tobillo “*para*” la tensión del pensamiento. Comenta también, casi como justificación del hecho de quemarse, que: “*no es que sienta ya tanto dolor*”. Esto, en cierta medida puede constituir un riesgo de que se convierta en alguien que se lesione compulsivamente en el futuro; de hecho expresa “*Yo no lo veo tan malo porque de como he estado a ahora estoy bastante bien*”. Destacamos que este empeoramiento que describe y su comienzo coinciden con el inicio de consultas con nuevos adolescentes desde octubre que habíamos descrito al inicio.

Alba, de 15 años, que acudió por primera vez en octubre de 2014, expresó a finales de diciembre, que tras dejarlo, había comenzado a cortarse de nuevo. Nos comenta, que no comprende por qué sigue haciéndolo: “*Es como si fuera una droga porque me alivia, pero al mismo tiempo me agobia no poder parar* (aludiendo con parar, el poder abandonar esta conducta). *Cuento los días y han pasado doce días y me debería sentir bien porque son muchos, y en el fondo me siento mal, y no lo entiendo*”. En un intento de llegar a la comprensión de esto último, con base a un hecho dramático ocurrido a una amiga, le preguntamos si puede tratarse también de una forma de autocastigo; lo cual, tras un breve tiempo de pensarlo, admite. De hecho, ella misma explica, que tras conocer lo que le había ocurrido a esta amiga, estuvo durante una semana pensando continuamente “*es mi culpa, es mi culpa...*”, aumentando a la par la frecuencia de los episodios de autolesión. Comenta que en esos momentos la emoción que le embargaba era el enfado. Sin embargo, expresa cual fue el principal motivo



por el que comenzó a cortarse: “*Lo hago para sentir que estoy aquí, que es la realidad*”. Añade que “*Hay veces que estás..., que no notas el dolor*”, correspondiéndose el vacío de los puntos suspensivos, al estado en el que se encuentra muchas veces, que impresiona, de carácter disociativo, similar al que Alberto describía.

¿A qué alude entonces Alba cuando nos dice que se corta para sentir, la realidad? No parece que la respuesta lógica sea, como forma de salir de ese estado en parte disociado, pues el mismo acompaña a las lesiones. Más parece que se trate en parte del proceso rumiativo de la vorágine, tanto de pensamientos como de emociones; y a la vez, de la imposibilidad de dar salida a sus emociones, en el sentido que antes mencionamos como alexitimia. Así, los cortes, como nos explica Alba, parece que obedecen tanto a la necesidad de interrumpir la vorágine, como a la par, ser un medio para poder sentir que sus emociones existen, de forma real: “*Sientes que estas triste, pero no reaccionas, (como) es, el llorar o el pedir ayuda a alguien. Y ya que no siento nada... es un momento en que estoy pero no estoy, quiero llorar pero no me salen las lágrimas..., pero si estoy triste, y no puedo llorar, al menos me corto para sentir algo*”. Cuando habla de llorar, nos confirma que se trata de sollozos angustiados. Al plantearle, que si siente tristeza, entonces está sintiendo una emoción, comenta: “*Cuando lloro es que me abro, si no lloro no me abro*”; aludiendo por “abrirse”, a “*explotar*”, en el sentido de descargar toda su angustia, y probablemente demás emociones. En esta descarga, podemos decir, que sí puede, sentir que siente. Según expresaba ella, se trata de momentos paralizantes en los que “*está pero no está*”. Esto puede representar dos estados antes descritos, la despersonalización, pero también el concepto de “*pensamiento estrechado*” propio de las depresiones y similar a las rumiaciones obsesivas, tal como era descrito según Higuera, Segarra y Sáenz (23).

Parece además, que llorar (sollozar), fuera antitético con cortarse. Pero comenta: “*a veces lloro al borde del abismo..., pero a veces estoy al borde pero no lloro..., es como cosa del azar*”. Explica lo anterior como si lo estuviera pensando por primera vez y analizando al mismo tiempo, con una expresión de extrañeza en su gesto. Y el Abismo, es la Vorágine C-E: “*Es un abismo, un agujero en*

el fondo, cuando no hay, salida y lo sabes...; no sé explicarlo..., es el momento en que te planteas si merece la pena seguir...”. Y parece que es, de este abismo, desde el que es vital volver a la realidad, ya sea sollozando, o infringiéndose cortes.

El Discurso interno crítico (*internal speech*) como elemento de la vorágine y previo a las conductas autolesivas.

El discurso interno crítico (habla interna, o lenguaje interno) fue en ocasiones el preámbulo de conductas autolesivas. Asociado clásicamente como un fenómeno depresivo, Lefforge considera que ocurre: “*cuando alguien tiene la experiencia de estar hablando a sí-mismo/a internamente. Las palabras internas habladas no son de hecho como las habladas en voz alta, pero a menudo tienen características similares al discurso exterior*” (36). Esto es descrito por dos adolescentes atendidas por primera vez en otoño de 2014. Es difícil determinar si se tratan de pensamientos rumiativos o bien, como consecuencia de los anteriores, de un fenómeno de dialéctica interna sobre si actuar o no de determinada forma para frenar la rumiación.

Helena describe que había “*cosas*” que la impulsan a actuar: “*Y hay muchas veces, que no hay un motivo, y estoy con mis amigos y me viene una cosa a la cabeza y me quiero lanzar delante del primer coche que está ahí, pero me cogen del brazo hasta que no me calme*”. Hace un esfuerzo por aclarar estos actos impulsivos: “*es como si yo ahora estuviese hablando contigo de cachondeo y de pronto me viene una cosa a la cabeza y me quiero tirar a la calle*”. Esto suele ocurrir en aquellos días en los cuales se siente peor, le cuesta mucho levantarse y en los que ha habido una discusión antes. Es difícil determinar si las discusiones con su madre y tía, son los únicos precipitantes, o se ha de sumar el efecto de un peor estado anímico.

Puede haber todo un proceso dialéctico interno sobre la resolución de la rumiación. Alba lo describe de la siguiente forma: “*No es una cosa que evite sino que me pasa, que tengo como una voz de cosas que hago, [que dice] ¡icállate lo vas a hacer mal! y tengo esa voz metida en la cabeza*”. Expresa miedo a que se esté volviendo “*loca*”. Realmente siente “*como dos voces, una dicien-*

do a la otra que se calle”. Se iniciaron dos meses antes, pero ahora esto ocurre de forma más continuada: *“Ahora en cualquier momento aparece, nunca ha estado tan seguida”*. Siente que esta voz surge de su cerebro, como ideas que produce su propia mente. Al preguntar por el origen de estas voces responde: *“¿Cómo que venga de fuera?... No, es mi propia voz, es mi propia voz pero gritándome las cosas”* (esto descarta naturaleza alucinatoria).

Estos episodios: *“suelen ser más cuando estoy con mucha gente alrededor, pero sola, y no estoy pensando en nada y empiezo; también cuando estoy sola, en ambas situaciones”*. Añade que esta voz es: *“como si se metiese conmigo: que eres tontísima, o que te vas a poner como una foca”*. Si está acompañada es más fácil que ceden, pero si está sola rompe a llorar y: *“es como la misma cosa pero dicha muchas veces”*. Siente como que no puede salir de ello básicamente. Entre las ideas llegan a aparecer deseos de estar muerta, pero sin planificación de ningún intento, desapareciendo y haciendo crítica de ello cuando desaparece esta crisis.

A veces, la rumiación finaliza: *“como cuando hago caso a la voz que dice ¡para!”*. Si no es así, comienza a cortarse y para cuando ve la sangre: *“se pone super rojo y entonces paro”*. Pero el proceso es muy angustiioso, y así Alba comenta: *“A veces cojo la música para no hacerme daño, pero a veces es peor, y si no lo consigo me corto más, y me hago más daño, hasta que me quedo cansada, agotada (...) pero los pensamientos continúan, y sigo llorando hasta que me duermo. (...) En la cama hablan más lento [las voces], y aprieto un peluche, y como que me quiero hacer muy pequeña”*. Aun así persiste luego un nivel de ansiedad muy elevado, junto a un sentimiento de culpa, refiere, por hacerse daño.

Actos descontrolados en la fase final de episodios de rumiación que no ceden con las autolesiones.

En ocasiones, como describe Alba en un fragmento anterior, la rumiación, aun con el fracaso limitante de las autolesiones, acaban en una suerte de desesperación angustiada en la cama hasta que tras un período prolongado se van autoextinguendo.

Pero encontramos descripciones, cuando la ineficacia de las lesiones autoinfringidas puede determinar que la continuación de la rumiación suponga el paso a su transformación en otros actos externalizados.

Tania de 16 años, permanece a fecha de 15 de diciembre en una cama de urgencias, a la espera de una plaza libre para ingreso en la unidad de hospitalización aguda para adolescentes de otro hospital. Al explorar tres de los autores su evolución y sus ideas sobre la muerte, tras una entrevista anterior en la que comentó que había voces que la impulsaban a herirse, pero identificándolas como originadas en su imaginación, refiere que las ideas de muerte ocurren en determinados momentos y en episodios, cuya descripción por parte de ella se corresponde con la que hemos descrito como vorágine C-E. Cuenta que en el último episodio, estando sola, había realizado diversos cortes longitudinales en los antebrazos, finalizándolos al determinar ante la presencia de sangrado como, *“ya bastante”*. Pero con todo, su rumiación no cede e intenta entonces acuchillar a su gato. Refiere que su intención era *“para salvarse de hacerlo”* contra sí misma. Finalmente no se permite dañar a su animal acabando por acuchillar toda su cama. Destroza entonces también un espejo, con el que se corta, pero comenta que de forma accidental. Salvo el *craving* por hidratos de carbono, presenta el compendio de demás síntomas. Al preguntarle si cree que podría volver a su casa con ciertas condiciones terapéuticas, expresa que está segura de que puede perder el control y tiene miedo a que pueda querer matarse, prefiriendo el ingreso. En la exploración se evidencia que se tratan de fobias de impulsión. De hecho, las ideas de muerte sólo ocurren, como en los demás casos, cuando está inmersa en la vorágine, pues expresa que no piensa en matarse, sino en poder *“volver a ser quien era antes”*. No obstante, la presencia de actos descontrolados auto y heteroagresivos, desde una lógica no psicopatológica, parecía rebatir el argumento que pudiéramos dar sobre que las fobias de impulsión son sólo miedos a perder por un breve instante de cierta desconexión, el autocontrol y realizar aquello que se teme.

Hay algunas similitudes entre la fase final del episodio de Tania y una descripción que hace Lixue



sobre sus problemas antes de acudir al CSM para controlar la “ira”. Narra que tras una discusión con su hermano llegó a: “coger un cuchillo y en el ataque de ir y acuchillar una manzana, y me doy golpes..., y luego me quedo arrodillada en el suelo, llorando”. Alberto describió antes igualmente episodios de “agresividad”. No podemos saber si estas pérdidas de control descritas por Alberto y Lixue, como agresividad e ira respectivamente, pero que Alberto parece separar de los procesos rumiativos, son respuesta a una combinación de la alta irritabilidad y los ocasionales pero desproporcionados episodios de enfado y descontrol en muchas personas con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.

En el caso de Tania, encontramos muchos de los elementos o fenómenos sintomáticos que hemos descrito previamente: un habla interna, o lenguaje interno crítico y vivido como propio; ideas de muerte en los episodios de vorágine C-E; realización de las autolesiones en soledad y la presencia de la sangre como límite de las autolesiones. (Para Levenkron (37), la sangre sería un intenso estímulo visual que se suma a la experiencia táctil).

Es significativa su explicación en relación a que la intención de acuchillar a su gato, se trataba de un intercambio desesperado para “salvarme de hacérmelo a mí”. Siendo descritos por muchos autores los episodios de autolesiones cutáneas como una alternativa frente al suicidio, impresiona que al fracasar este mecanismo en Tania, su tensión psíquica busca liberarse proyectándose fuera, considerando entonces acuchillar a su gato como la alternativa a hacerlo contra sí misma. Una vez que esto tampoco lo puede realizar se convierte en una ira conductual descontrolada, como último remedio de descarga de la tensión interna (similar a como lo describían Alberto y Lixue).

Todo el episodio representa un esfuerzo desesperado por temor a matarse a sí misma. Esto queda reflejado por Sutton, a modo de conclusión del apartado sobre las autolesiones, de esta forma: “La autolesión no se suele llevar a cabo con intención suicida. La autolesión es a menudo mal interpretada como un deseo de muerte o intento suicida fallido cuando realmente, quienes incurren en la práctica no tienen

deseo de morir. De hecho, la autolesión para muchos es un salvavidas, en lugar de un arrebatador de la vida - en esencia, mantiene a la gente a salvo del suicidio” (38).

La Extrañeza de sí-misma/o y sentirse “rara/o” (iii), es frecuentemente enunciada por los adolescentes, apareciendo a lo largo de los fragmentos textuales utilizados en este trabajo. Aquí, por extrañeza del sí-mismo (*self*) y sensación de sentirse raro o parecerlo a los demás (a veces con la confirmación de otros), no aludimos a los fenómenos ya descritos de despersonalización-desrealización, si bien deben participar en la creación de esta extrañeza. Cuando los adolescentes lo enuncian lo hacen generalmente sobre sí-mismos como un todo. Así lo hace Mónica, o Tania, cuando expresó como su principal deseo: “volver a ser quien era antes”. Tras alcanzar con Alberto una pauta adecuada de metilfenidato de acción prolongada, al aparecer en una de las consultas a final de año, el entrevistador mostró su propia sorpresa. Alberto, era en las consultas previas, un adolescente con un pensamiento ágil, que miraba a los ojos, y con una gestualidad rápida, tan distinto de aquel adolescente que impresionaba a su psicóloga de tener un síndrome de Asperger y al terapeuta que lo contemplaba, de poder tratarse de un Trastorno de Tempo Cognitivo Lento (TCL). La expresión que utilizó Alberto marca ese retorno a su sí-mismo previo: “Me siento más conectado a la vida”.

Discusión y conclusiones

Este estudio pretende mostrar, la existencia de cuadros afectivos estacionales y su clínica en un número relevante de adolescentes de ambos sexos del área noroeste de la Comunidad de Madrid. Estos cuadros estacionales, principalmente los otoñales e invernales se suelen asociar a latitudes más norteñas, posteriores estudios fueron disminuyendo la relevancia de este factor (Lam y Levitan, 39). Quizás en lo que pensamos como posible minimización diagnóstica, influya esta asociación entre el Trastorno Afectivo Estacional y el clima más “duro” o extremo en países de latitudes más norteñas. Sin embargo, este infradiagnóstico puede ocurrir en otros ámbitos, así Sullivan y Payne (40) señalan que varios estudios han puesto de manifiesto, que tanto los trastor-

nos estacionales del estado de ánimo como los no estacionales son frecuentes entre los estudiantes universitarios. Su estudio sugiere que el Trastorno Afectivo Estacional es sustancialmente el más frecuente de los dos. Pero, señalan los autores: *“Desafortunadamente, puede ser el caso que los síntomas propios del Trastorno Afectivo Estacional sean menos propensos a ser diagnosticados, y por lo tanto tratados, debido a la naturaleza estacional de los síntomas. (...) muy pocos individuos que cumplen criterios para el Trastorno Afectivo Estacional están en tratamiento”*.

El año 2014 ha sido peculiar por la incidencia de dos periodos agudos, en invierno y otoño. Por otra parte hay datos que sugieren la presencia de lo que se llama exacerbación primaveral, y un posible episodio recortado de depresión estival en julio.

Hallazgos inesperados de este estudio desde su inicio prospectivo han sido, la aparición en todos los adolescentes de una sintomatología episódica rumiativa, que hemos denominado vorágine cognitiva-emocional, un elevado número de casos con lesiones cutáneas autoinflingidas (principalmente del sexo femenino), y oscilaciones marcadas entre días con expresión intensa de la sintomatología y otros más benignos. El número de adolescentes que a lo largo del proceso, cuando disminuyen los síntomas del TAE, muestran una sintomatología compatible con un trastorno por déficit de atención, especialmente de tipo inatento, parece destacable. No en vano, se considera la existencia de cierta comorbilidad entre ambas entidades. Levitan, Jain y Katzman (41) encontraron en una muestra de 56 adultos que acudían a una clínica para TDAH en Toronto y que contestaron el Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) (existe una adaptación al castellano (42) para adultos y niños-adolescentes) una tasa de TAE entre el 10,4% y el 19,1%. Encontraron una aparente relación entre el sexo femenino, el TDAH subtipo impulsivo, y la estacionalidad. El porcentaje, usando el mismo cuestionario subía a un 27% en el trabajo de Amons et al. (43). De nuevo, las mujeres tenían más riesgo que los hombres de desarrollar un TAE.

Por otro lado, no encontramos referencias de asociación entre personas que se autoinflingían lesiones cutáneas y la presencia de TAE. Si bien

es estudiado, aún no está claro el papel de la presencia de TDAH con el riesgo de autoinflingirse daño.

No hemos conseguido encontrar en las búsquedas bibliográficas, una descripción similar al complejo sintomático que hemos descrito previamente y denominado vorágine cognitiva-emocional. Los elementos cruciales son:

Su carácter intrusivo y abrumador. Más frecuentes por las tardes. Ocurren cuando el adolescente se encuentra solo. También pueden suceder incluso en las clases de su centro académico si, aún rodeados de personas, éstas no interactúan entre sí. Su contenido puede tratarse de imágenes, pensamientos, recuerdos de lo ocurrido en el pasado o en el presente, con ausencia de proyección al futuro. Tienen un tono negativo y generalmente con devaluaciones atribuidas por el adolescente a sí mismo/a. Existe un elevado componente de angustia, que junto con el proceso repetitivo e incontrolable hace la experiencia insoportable. Puede ceder ante distractores positivos (como la música) o negativos como son las autolesiones.

La identificación del papel de las lesiones cutáneas autoinflingidas y su denominación como síntoma dentro de una relación secuencial con una clínica inicial episódica rumiativa muy intensa, nos ha parecido de especial importancia. Justificamos esta importancia sobre la base de que la espectacularidad y alarma de estas conductas, alejaba el foco de atención en el núcleo depresivo del adolescente.

No menos importante es la diferencia entre autoinflingirse heridas y el riesgo de suicidio, aspecto de análisis en la literatura científica.

Lo inesperado para nosotros fue no hallar referencias en la literatura escrita en inglés y castellano, sobre fenómenos similares a los arriba referidos en los adolescentes que atendimos. No sabemos si puede ser un aspecto no suficientemente estudiado, o bien, no podemos descartar que determinadas condiciones estacionales locales determinara la presentación de esta clínica.

Sin embargo, una vez que determinamos la naturaleza rumiativa del síntoma que denominamos inundación intrusiva de pensamientos e ideas



(iv), encontramos en la literatura sobre la rumiación, relaciones aplicables a nuestro estudio. Especialmente vemos una gran similitud entre el concepto de vorágine cognitiva-emocional y la “teoría de la cascada emocional” de Selby y Joiner (44) sugiere que los efectos de la rumiaciones intensas, derivan en un estado de afecto negativo que crece como una bola de nieve, referida como una cascada emocional.

Realmente el concepto de cascada emocional, no alude a que los pensamientos se suceden unos a otros en forma de cascada (nosotros apreciamos que los pensamientos surgían intrusivamente de forma abrumadora) sino al proceso de aumento y prolongación de las influencias de los afectos negativos.

Este proceso puede desencadenar conductas como las autolesiones no-suicidas, ALNS (non-suicidal self-injury, NSSI), equiparables a lo que denominamos como lesiones cutáneas auto-infringidas (iii). Dado que estas conductas “proporcionan sensaciones físicas potentes que lo distraen de la rumiación, lo que inhibe la cascada emocional. Por consiguiente, cuando una emoción negativa se activa en algunos individuos, la intensa rumiación, puede conducir a un estado de negativo extremadamente aversivo de afectos. La teoría de cascada emocional, sugiere que las sensaciones asociadas con el dolor o el lugar de sangrado, actúan como una distracción. Por otra parte, comienza a generarse una habituación, cuando el dolor inicial de las ALNS es reemplazado por sentimientos de alivio.

Este proceso es muy similar a lo que hemos descrito como vorágine cognitiva-emocional, cuyo símil aquí sería la cascada. En ambas descripciones se dan los pensamientos y afectos rumiativos, seguidos de las autolesiones con una función distractora. Si bien Selby, Connell y Joiner, proponen finalmente, que es la ausencia del miedo al dolor el determinante final para la realización de autolesiones no-suicidas.

La teoría de estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema, explica la relación insidiosa entre la rumiación y la depresión. La rumiación exacerba la depresión, favorece el pensamiento negativo, perjudica la resolución de problemas, interfiere

re con la conducta instrumental, y erosiona el apoyo social. Además Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky (45) señalan la relación entre la rumiación y otros cuadros patológicos además de la depresión, como la ansiedad, los cuadros bulímicos y las autolesiones. Argüimos que todos ellos se encuentran en las entrevistas que hemos realizado a los adolescentes con TAE. Además señalan estos autores que el déficit en la inhibición de la información negativa en los rumiadores puede dificultar el uso de distractores positivos para manejar los estados de ánimo. Como señalamos, denominamos a las lesiones cutáneas auto-infringidas (iii) como un distractor de la vorágine, pero reconociendo su disfuncionalidad.

Young y Azam (46) examinaron la relación entre el estilo de respuesta y la gravedad de los síntomas en un estudio longitudinal de individuos previamente diagnosticados con TAE.

La Teoría del Estilo de Respuesta de Nolen-Hoeksema, propone que la reacción a un estado de ánimo triste, puede desencadenar en las personas una variedad de respuestas rumiativas, y / o de distracción, que afectarán a la duración y gravedad de la clínica. Las respuestas de distracción, al contrario que las rumiativas, apartan a la mente del síntoma inmediato. En el estudio, el estilo de respuesta rumiativo, pero no el estilo de respuesta de distracción, predijeron la severidad de los síntomas en el invierno.

El modelo de la doble vulnerabilidad del TAE de Young et al., señala como primera vulnerabilidad, tener una tendencia de las funciones vegetativas a ser influenciadas por la estacionalidad (dormir, el apetito y la energía). Como segunda vulnerabilidad se encuentra, la tendencia al desarrollo del estado de ánimo y de los síntomas cognitivos, como respuesta a la tensión generada por las alteraciones vegetativas. Esto se apoyaría en estudios, que planteaban factores independientes para los elementos cognitivos y anímicos, y otros factores para los síntomas vegetativos. El estudio confirmó la hipótesis de Vulnerabilidad Dual del TAE; así, el estilo de respuesta rumiativo interactuó con la gravedad de los síntomas vegetativos en otoño, prediciendo la gravedad de los síntomas no vegetativos en invierno.

Una dificultad que podemos encontrar, es determinar si la rumiación en la voráGINE cognitiva emocional es un efecto del Trastorno Afectivo Estacional; o bien, si los adolescentes que han acudido a nuestra consulta, son aquellos que predominantemente presentaban ya un estilo de respuesta rumiativo. Una posibilidad intermedia, sería que dentro de los adolescentes que entre-

vistamos, fueron aquellos con un estilo rumiativo y más carentes de un estilo distractor-positivo, quienes se infringieron lesiones o mostraron una conducta más desorganizada acorde con el nivel de angustia.

Contacto

Antonio Escudero Nafs
C/ Morrones, 14 - 2º C • Majadahonda - 28220 Madrid
antonio.escudero@salud.madrid.org • anescudero@gmail.com

Referencias

1. Eagles JM. Seasonal affective disorder. *Br J Psychiatry*. 2003; 182:174-6.
2. Sullivan B, Payne TW. Affective disorders and cognitive failures: a comparison of seasonal and nonseasonal depression. *Am J Psychiatry*. 2007 Nov;164(11):1663-7.
3. Eagles JM., 2003.
4. Baguelin-Pinaud A, Seguy C, Thibaut F. Self-mutilating behaviour: a study on 30 inpatients. *Encephale*. 2009;(6):538-43.
5. Eagles JM., 2003.
6. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(1):72-80.
7. Rosenthal NE. SAD in children and Adolescents (Cap.5). En: Rosenthal, NE. (Ed.). *WinterBlues. Everithing you need to know to beat Seasonal Affective Disorder*. 4ª ed. [Libro en línea] New York: The Guildford Publications; 2013. Kindle Edition. ISBN e-book 978146505753.
8. Smith JA, Jarman M, Osborn M. Doing interpretative phenomenological analysis. En: Murray M, Chamberlain K. *Qualitative Health Psychology theories & methods*. 1ª ed. London: SAGE Publications; 1999 p. 218-240.
9. Arnau de Bolós JM, Brotons Cuixart C. La continuidad entre investigación clínica y práctica clínica en atención primaria. En: Diogène E. *Guía de investigación clínica para atención primaria*. [Libro en línea] Ediciones Mayo S.A; 2005 [Consulta: 22-12-2014] p. 57-69. Accesible en: URL:http://w3.icf.uab.es/ficf/es/bin/view/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP#Parte_I_Estado_actual_y_perspect
10. Araúxo A, Varela P, Cornes JM, Pedrejón C. Concepto y cuadro clínico. En: Araúxo A. *Trastorno afectivo estacional*. 1ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2004 p. 19-47.
11. Araúxo et al, 2004, p.30.
12. Fresno D, Pedrejón C, Benabarre A, Valle J, Arraúxo A, Vieta E. Actualización: Trastorno afectivo estacional. *JANO (serial online)* 2006 Apr; 1603: 33-44. [Consulta: 11-8-2013] Accesible en: http://www.jano.es/ficheros/su_marios/1/o/1603/33/1von1603a13087242p_dfoo1.pdf
13. Lucas CP. Seasonal affective disorder in adolescence. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 863-5.
14. Sims A. Los trastornos del self. En: Sims A (Ed.). *Síntomas mentales. Introducción a la Psicopatología descriptiva*. 3ª ed. Madrid: Triacastela; 2008 p. 235-257.
15. Sims A. Ansiedad, pánico, irritabilidad, fobia y obsesión. 2008, p. 365-379.



16. Swedo SE, Pleeter JD, Richter DM, Hoffman CL, Allen AJ, Hamburger SD, et al. Rates of seasonal affective disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(7): 1016-9.
17. Ortega V, Sierra JC, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividade (serial online)* 2003 Mar [Consulta: 7-1-2015]; 3(1):10-59. Accesible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
18. Paolasso, A. Distrés metereológico. [Documento en línea]. Accesible en: www.trabajosdrpaolasso.com/ensayos/DISTRES-METE-REOLOGICO.doc [Consulta:11-6-13]
19. Lucas CP., 1991.
20. Lucas CP., 1991.
21. Lingjaerde O1, Føreland AR. Winter depression with spring exacerbation: A frequent occurrence in women with seasonal affective disorder. *Psychopathology*. 1999 Nov-Dec; 32(6):301-7.
22. Sims A. (2008) Ansiedad, pánico, irritabilidad, fobia y obsesión. 2008. p. 376.
23. Higuera A, Segarra R, Sáenz M. Trastornos formales y del control del pensamiento. En: Eguíluz I, Segarra R, editores. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 141-159.
24. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008; 3(5): 400-424.
25. Barkley RA. Concentration Deficit Disorder (Sluggish Cognitive Tempo). [Documento en línea]. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (4th ed)*. New York: Guilford Press. (En prensa). [Consulta: 23-12-2014]. Accesible en: <http://www.russellbarkley.org/factsheets/SluggishCognitiveTempo.pdf>
26. Sims A. Despersonalización. 2008, p. 259.
27. Bragado C, Fernández A. Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*. 1996; 8(3): 625-656.
28. Levenkron S. *Cutting: Understanding and Overcoming Self-Mutilation*. [Libro en línea]. New York: W. W. Norton and Company; 2013. Kindle Edition. p.32.
29. Levenkron S., 2013, p.23-24.
30. Sutton J. Further insights into self-injury (Cap.3). En: Sutton J. (Ed.) *Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds*. 3ª Ed. [Libro en línea] Oxford: How To Books; 2013. Kindle Edition Mobi ISBN: 978178102 0371.
31. Sutton J. *Exploring self-injury and self-harm (Cap.1)*, 2013.
32. Apter A. Predictors of suicide in adolescents August 2008 Volume 18, Supplement 4, Page S158.
33. Sutton J. *Exploring self-injury and self-harm*, 2013.
34. Levenkron S. *Cutting*., 2013.
35. Favazza, A. Introduction. En: Marilee Strong (Ed). *A bright red scream: self-Mutilation and the language of pain*. [Libro en línea]. New York: Penguin Books; 2009. Kindle Edition. p. xviii.
36. Lefforge NL. The Experience of feelings in depression. [Libro en línea] UNLV Theses/ Dissertations/Professional/Papers/Capstones. 2010; Accesible en: <http://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/881/> [Consulta: 21-12-2014].
37. Levenkron S., 2013, p.73.
38. Sutton J. *Exploring self-injury and self-harm*, 2013.
39. Lam RW, Levitan RD. Pathophysiology of seasonal affective disorder: a review. *Psychiatry Neurosci*. 2000; 25(5): 469-480.
40. Sullivan B, Payne TW., 2007.
41. Levitan RD, Jain UR, Katzman MA. Seasonal affective symptoms in adults with residual attention-deficit hyperactivity disorder. *Compr Psychiatry*. 1999; 40(4): 261-267.
42. Goikolea JM, Miralles G, Bulbena Cabré A, Vieta E, Bulbena A. Adaptación española del Cuestionario de Evaluación de Perfil Es-

- tacional. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003; 31(4): 192-198.
43. Amons PJ, Kooij JJ, Haffmab PM, Hoffman TO, Hoencamp E. Seasonality of mood disorders in adults with lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Affect Disord.* 2006; 91(2-3): 251-255.
44. Selby EA, Connell LD, Joiner Jr. TE. The Pernicious Blend of Rumination and Fearlessness in Non-Suicidal Self-Injury. *Cognitive Therapy and Research.* 2009; 34(5): 421-428.
45. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, y Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science.* Association for Psychological Science. 2008; 3(5): 400-424.
46. Young MA y Azam OA. Ruminative Response Style and the Severity of Seasonal Affective Disorder. *Cognitive Therapy and Research.* 2003; 27(2): 223-232.

¿Es posible adecuar las urgencias atendidas en Salud Mental Comunitaria?

Is it possible to adapt the urgencies attended in Community Mental Health units?

Juan Otero Rodríguez Psicólogo Clínico, Aurora Alés Portillo Enfermera especialista en SM, Nicolás Vucínovich Psiquiatra, Patricia Tena García P.I.R., Ainoa Búa Fernández P.I.R.

Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente. UGC Salud Mental Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen: Una urgencia puede definirse como una condición que concluye en incapacidad o muerte si no se trata inmediatamente. Las condiciones urgentes relacionadas con la salud mental pudieran ser riesgo autolítico, síntomas depresivos graves, descompensaciones de tipo psicótico o maniaco, conducta violenta auto o heteroagresiva, trastornos de la conducta alimentaria en peligro de inanición o trastornos de estrés post-traumático en fase aguda.

Objetivo y método: estudiar el perfil sociodemográfico, clínico y las características de la derivación a través del análisis de 277 derivaciones urgentes realizadas a lo largo de un año y procedentes de 5 centros de salud a una unidad de salud mental.

Resultados: Un gran porcentaje de consultas urgentes se asocian a situaciones de angustia generadas por eventos estresantes de la vida cotidiana, en especial el desempleo. Los criterios de valoración de lo que es urgente por los médicos de familia están muy alejados de los que los profesionales de salud mental entendemos como urgente. Existen diferencias por centros de salud y gran variabilidad entre los médicos a la hora de derivar urgente.

Palabras clave: atención primaria, centros de atención primaria, urgencias, unidad de salud mental, coordinación.

Summary: An urgency can be defined as a condition that might conclude in disability or death if it's not treated immediatly. The urgent conditions related to the mental health conditions are suicide risk, depressive serious symptoms, psychotic or maniacal episodes, self aggressive or heteroaggressive behaviour, eating disorders in risk of starvation or acute posttraumatic stress disorders.

Objective and method: we study the sociodemographic, clinical and referral variables across the analysis of 277 urgent consultations done throughout one year from 5 Primary Health-Care Centers to a Community Mental Health Unit.

Results: A great percentage of urgent consultations are associated to distress generated by stressful events of the daily life, especially the unemployment. The assessment

criteria to determine an “urgent” condition are different between primary care physicians and mental health professionals. There are also differences between the Centers of Health and great variability between the doctors when they derive urgently.

Key words: primary health care, primary health centers, urgent consultations, community mental health unit, coordination.

Introducción

En España, los estudios indican que hasta un 25% de la población padecerá algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Los problemas de salud mental tienen, por tanto, una alta prevalencia en las consultas de Atención Primaria (entre el 20 y el 40% de las consultas generales de los médicos de familia) (1, 2, 3, 4).

Según la literatura, la mayoría de las consultas se resuelven en Atención Primaria, pero aproximadamente un 5% de las mismas son derivadas a Atención Especializada. El número de derivaciones de carácter urgente constituye alrededor del 5% del total de las mismas (5, 6).

Una urgencia puede definirse como una condición que concluye en incapacidad o muerte si no se trata inmediatamente. Las condiciones urgentes relacionadas con la salud mental pudieran ser casos de riesgo autolítico o depresión grave, de descompensación psicótica o maníaca, de conducta violenta auto o heteroagresiva, de trastornos de la conducta alimentaria en peligro de inanición o de trastornos de estrés postraumático agudo.

Diferentes trabajos señalan la baja concordancia que existe entre atención primaria y salud mental a la hora de catalogar urgencias (7, 8).

Nos marcamos el objetivo de estudiar las características de la demanda urgente desde los centros de atención primaria a la unidad de salud mental evaluando las distintas variables implicadas, a saber, sociodemográficas, clínicas y relativas a la derivación.

Metodología

Características del centro

Este trabajo se ha llevado a cabo en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente, perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica Salud Mental

del Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla.

El personal facultativo que integra esta Unidad está compuesto por 4 psiquiatras y 3 psicólogos clínicos. La Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente abarca un núcleo poblacional aproximado de 150.000 habitantes. Los pacientes son derivados por los Médicos de Atención Primaria desde cinco Centros de Salud distribuidos igualmente por zonas. Los Centros de Salud son: Fuensanta, Parque Alcosa, El Greco, San Pablo y Puerta Este.

Características de las derivaciones

Los MAP cuentan con tres vías de derivación a los Centros de Salud Mental:

- a) Cita Programada u Ordinaria, que pasa a la lista de espera del centro, siendo la demora máxima para la primera consulta de 60 días, tal y como exige el actual decreto 96/2004 de 9 de marzo por el que se establece la garantía del plazo de respuesta para las primeras consultas de atención especializada en el sistema de salud público de Andalucía;
- b) Cita Preferente, por la cual el paciente debe ser atendido en primera consulta en un tiempo inferior a la consulta programada. Aunque no están estipulados unos plazos concretos, la demora media no suele exceder de los 20 días.
- c) Consulta Urgente, que requieren atención el mismo día de la derivación.

La solicitud de la consulta así como el tipo de derivación la hace el Médico de Atención Primaria a través del sistema informático Diraya (al que se accede también desde la Atención Especializada). En el caso de petición de consulta urgente es frecuente seguir utilizando un documento de interconsulta (P10) que el usuario entrega a las administrativas de la Unidad para ser visto en el día. Una vez que el paciente (independientemente



de que tenga historia abierta en la Unidad o sea la primera vez que acude) derivado “urgente” llega al dispositivo es atendido (según un sistema rotatorio) por uno de los facultativos psiquiatra o psicólogo clínico de la Unidad.

Características de la muestra

La muestra que analizamos se compone de 277 derivaciones de tipo “urgente” realizadas a lo largo de 12 meses (1 de septiembre de 2013 a 31 de agosto de 2014). Hemos excluido de la muestra los pacientes que son atendidos sin cita en la Unidad de Salud Mental, a criterio de los profesionales que componen esta Unidad y también los derivados urgente desde los servicios de urgencia hospitalaria o directamente desde otros servicios especializados (cantidad insignificante). Por tanto, tan solo fueron considerados los pacientes que fueron remitidos urgente por sus médicos de atención primaria.

Procedimiento

Revisamos todas las agendas informatizadas de todos los facultativos del equipo correspondientes al periodo citado (septiembre de 2013 a agosto de 2014). En las agendas, además de las consultas programadas figuran reflejadas las consultas urgentes atendidas en el día.

Dentro de las consultas urgentes se tuvieron en cuenta tanto las consultas de pacientes con historia previa abierta como las consultas de pacientes que acudían por primera vez a la Unidad.

Se elaboró un documento recopilatorio que contemplaba las siguientes variables sociodemográficas, clínicas y de la derivación urgente:

- Sociodemográficas: Sexo, Edad, Estado Civil, Convivencia, Situación laboral.
- Clínicas: Historia previa (abierta/cerrada/sin historia previa), y Diagnóstico (CIE-10).
- De la derivación: Fecha de la atención urgente, Motivo de la derivación urgente, Centro de Salud derivante, Médico derivante.

Por circunstancias de la heterogeneidad de los registros, no pudimos obtener el 100% de los datos de todos los pacientes en todas las variables, aunque sí un porcentaje muy alto.

Resultados

Referidos a las variables sociodemográficas (tabla 1)

Con respecto al sexo, encontramos que el 36’8 de las urgencias atendidas son hombres y el 63’2% son mujeres.

Con respecto a la edad de los pacientes que consultan urgente se observa un incremento en el tramo de edad entre los 25 y 55 años y un decremento en los extremos de la población. El rango que más consulta (23’3% de las consultas) es entre 46 y 55 años, seguido de cerca por el de 36 a 45 años (21’5%) y del de 25 a 35 años (19’2%).

Si tenemos en cuenta el estado civil de los usuarios obtenemos que un 37’6% de los pacientes está casado/a o emparejado/a, un 33’1% está soltero/a y un 24’6% separado/a o divorciado/a. Otro pequeño porcentaje (4’4%) están viudo/as.

El tipo de convivencia de los pacientes es con la familia de origen en un 32’5% de los casos, con la pareja o familia propia en un 51’4% de los casos y solo/as en un 11’1% de los casos.

Respecto a los resultados teniendo en cuenta la situación laboral de los pacientes hemos apartado el porcentaje de casos que superan los 65 años, y por tanto no están en edad de trabajar, y también los menores de 20 años, a los cuales les hemos incluido en la categoría de estudiantes.

Del resto de los pacientes en edad de trabajar (193 pacientes entre los 20 y los 65 años) nos hemos encontrado que 60 pacientes (31’08%) estaban activos laboralmente. 12 de ellas eran amas de casa sin otro tipo de intención laboral fuera del entorno doméstico. Por el contrario, 133 pacientes (68’91%) estaban inactivos, bien por desempleo (86 pacientes), incapacidades laborales transitorias (24 pacientes) o incapacidades laborales permanentes (23 pacientes).

Referidos a las variables clínicas (tabla 2)

De los pacientes que consultan urgente en la Unidad de Salud Mental Comunitaria, derivados por los Médicos de Atención Primaria, un 49% de los casos ya tenían o habían tenido hace más de un año historia clínica abierta en la Unidad. 115 eran pacientes atendidos en activo y 19 casos

que fueron atendidos en el pasado y a los que se reabría la historia.

El restante 51% de las urgencias eran casos que acudían por primera vez a la Unidad.

128 de los casos atendidos de urgencia (un 47%) fueron diagnosticados en la Unidad de Salud Mental de trastornos neuróticos y de ansiedad de diferente índole y más de la mitad de los mismos (71 casos) presentaban trastornos o reacciones de tipo adaptativo. El siguiente grupo de diagnósticos (un 12'1% de los casos) no cumple criterios diagnósticos con una entidad psicopatológica suficiente, por lo que podríamos catalogarlos de sin patología. El resto de grupos diagnósticos correspondientes a la clasificación CIE-10 quedan repartidos de forma muy homogénea, sin superar ninguno de ellos el 5'5% de las urgencias.

Pensando en los diagnósticos como criterio importante para determinar la gravedad de un cuadro clínico, tenemos que en nuestra muestra, los diagnósticos de psicosis, trastornos bipolares, depresivos graves o moderados y trastornos de personalidad suman el 18% del total de las urgencias atendidas.

Referidos a la derivación por el Médico de Atención Primaria (tabla 3)

Por meses encontramos que los meses de diciembre, enero y febrero tienen la mitad de derivaciones urgentes con respecto a los meses de abril, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre.

Según la clasificación que hemos realizado para dividir los motivos por los que el médico de atención primaria deriva urgente a la Unidad de Salud Mental encontramos que en un 47'2% de las ocasiones lo hace porque detecta en el paciente síntomas de ansiedad aguda, en muchas ocasiones relacionados con situaciones de tipo adaptativo recientes. Le siguen muy de lejos otros motivos de derivación relacionados con ideas de muerte, autolíticas o gestos autolesivos (12'54%), presión de la familia (9'96%), alteraciones y trastornos de conducta en el entorno (9'22%), alusión a aspectos de tipo orgánico, ineficacia o efectos farmacológicos adversos (8'11%).

Por centros de salud nos encontramos importantes diferencias. El Centro de Salud Parque Alcosa deriva el 32'1% de los casos, el Centro de Fuensanta deriva el 18'77% de los casos y el centro Puerta Esta el 15'5% de los casos. Los que menos derivan son los centros San Pablo (11'91%) y El Greco (11'5%). Otro porcentaje (10%) acudió urgente procedente del hospital o de otro centro que recientemente dejó de pertenecer a nuestro área de influencia.

Dentro de los Centros de Atención Primaria apreciamos una gran variabilidad entre los propios médicos a la hora de valorar un caso como urgente. Así, ocurre que en el centro de Parque Alcosa, que está compuesto por 17 médicos de atención primaria, entre 3 médicos suman el 44% de las urgencias que se derivan (uno de ellos deriva el 20'22% de las urgencias). En el centro Fuensanta ocurre un fenómeno similar ya que de entre los 16 médicos uno/a de ello/as ha derivado el 30'76% de las urgencias, otro/a el 15'38% de las mismas y un tercero el 11'53%, lo cual sobrepasa la mitad de las urgencias que vienen de ese centro.

Los otros tres centros son más moderados o conservadores a la hora de valorar un caso clínico como urgente. Aun así, en el centro Puerta Este un solo médico envía el 20'93% de las urgencias; en el centro San Pablo un solo médico envía el 24'24% de las urgencias y en el centro El Greco un solo médico deriva el 18'75% de las urgencias.

Discusión

Relativa al perfil sociodemográfico y clínico

Los resultados obtenidos en el análisis de las variables sociodemográficas de los pacientes que consultan urgente arroja las diferencias esperadas en cuanto al sexo. Consultan más las mujeres. La proporción se acerca a las habituales proporciones que se dan entre hombres y mujeres en consultas programadas de salud mental.

Ahora vamos a intentar dar una explicación para una tríada de resultados que nos hemos encontrado en el estudio: por un lado el rango de edad que más consulta de forma urgente (entre los 46 y los 55 años), por otro lado, la situación laboral de los que consultan urgente (inactividad laboral en un 68'91% de los casos urgentes en edad de trabajar) y por último los diagnósticos



más frecuentes que se dan (casi la mitad de las urgencias aglutina casos de t. neuróticos y reacciones de tipo adaptativo).

Para interpretar estos datos pensamos que el momento de crisis económica y desempleo que vivimos en nuestro país, especialmente dramático en la Comunidad Autónoma Andaluza, que supera el 35% de paro en la población en edad de trabajar puede ser un factor social de gran impacto sobre la clínica de los pacientes.

Un problema laboral adaptativo puede detonar los síntomas de ansiedad reactiva y angustia y lo puede hacer de modo más acuciante sobre una población con un rango de edad (36 a 55 años) en la que el desempleo se puede vivir con especial crudeza, por la falta de perspectiva social de mejoría en la que estamos inmersos, por la carga de responsabilidad que genera y por la repercusión que conlleva sobre el entorno familiar del paciente.

Otro dato que también nos ha llamado la atención es que el 25% de los pacientes que consultan urgente son separados o divorciados. Quizás podamos pensar que al igual que la frustración laboral, la frustración emocional que pudiera seguir a una ruptura de pareja también es un factor de riesgo social que puede dar lugar a síntomas.

A Freud, poco antes de morir, le preguntó un periodista cuales eran las claves para tener una buena salud mental y él respondió que poder amar y trabajar.

Los datos sociodemográficos y clínicos nos sugieren que en un buen porcentaje de pacientes atendidos de urgencia están fallando los pilares básicos para el mantenimiento de una buena calidad de vida.

La respuesta asistencial de la mayoría de los casos que atendemos urgentes podría contextualizarse dentro de un entorno personal, económico, laboral, familiar y social. El paciente habría de sujetarse en sus redes de apoyo y en sus propios recursos adaptativos para poder superar o aceptar los avatares de la vida y que estos no constituyan un motivo de urgencia clínica.

Y qué pasa con los casos que los profesionales de la salud mental consideramos que tienen criterios clínicos de urgencia. ¿Por qué recibimos

tan pocos casos de pacientes en riesgo autolítico, con descompensaciones psicóticas o afectivas graves o con trastornos de personalidad que requieren de una atención más inmediata?

El motivo puede ser que la Unidad de Salud Mental tiene abierta la puerta directa para que estos pacientes nos consulten en caso de necesidad sin tener que pasar por su médico de atención primaria. En la USM se reciben muchos casos de este tipo que atiende enfermería y los facultativos a demanda del paciente y de sus familias, generando otro sistema interno de atención de urgencias que se añaden al trabajo diario de las consultas programadas por todos los profesionales. La implantación del proceso asistencial Trastorno Mental Grave (TMG) ha hecho que el control de los pacientes más graves sea más directamente gestionado desde las Unidades de Salud Mental, aunque no por ello se ha disminuido la sobrecarga de consultas de otro tipo de diagnósticos (incluidos en el proceso asistencial ansiedad, depresión somatizaciones ADS).

Referidos a la derivación

En el periodo de un año, un total de 277 pacientes han sido derivados de modo urgente por los Médicos de Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Con relación a las derivaciones ordinarias programadas, las consultas urgentes representan un 8'8% de las derivaciones, habiendo variaciones entre centros. Así, el centro Parque Alcosa deriva urgente el 15% de sus derivaciones, mientras que en el extremo opuesto, el centro El Greco deriva urgente el 6'1% de las derivaciones.

Pensando en porcentajes globales y teniendo en cuenta el gran número de población con problemas de salud mental que atienden los médicos de familia, podemos decir que derivan un número razonable de consultas urgentes. Ello dice en favor de su buen oficio y capacidad de contención a la hora de filtrar y asumir en sus precarias condiciones de tiempo un buen número de casos.

También podemos señalar que nos impresiona que ellos tienen criterios de valoración de las urgencias que están alejados de lo que los profesionales de la salud mental entienden que ha de atenderse de forma inmediata. Pensamos que a veces se confunde la ansiedad del paciente con

una urgencia clínica y que hay derivaciones demasiado apresuradas. Una posible solución que entendemos podría ser eficaz para contener los casos de ansiedad en primaria es seguir ofertando visitas cortas de seguimiento hasta que llegue la cita de la Unidad de Salud Mental. Desde el lado de la atención especializada nos correspondería realizar una gestión de las primeras consultas lo más eficiente posible para acortar el tiempo de espera de las primeras consultas.

También podemos observar que entre los diferentes Centros de Atención Primaria existen notables diferencias a la hora de derivar urgente. ¿Quizás es una cuestión de cultura asistencial, que está más implantada en unos centros que en otros, o quizás proviene de la propia presión asistencial que los médicos de atención primaria tienen en función de la población que atienden y de los cupos de usuarios que tienen?

Otro dato que nos ha sido interesante de conocer es la variabilidad individual de cada médico de atención primaria a la hora de derivar urgente. Es impactante observar que entre muy pocos médicos se concentra la mayoría de los casos urgentes derivados. ¿Es una cuestión de formación teórica personal? ¿Es una cuestión de dificultades personales de algunos médicos para tratar las demandas emocionales de los pacientes?

¿Es posible cooperar mejor?

Según una encuesta realizada a los médicos de atención primaria, más del 80% opina que los pacientes con un trastorno mental requieren de un mayor esfuerzo, lo que sumado al escaso tiempo asistencial del que dispone el médico puede contribuir a las carencias en la información aportada y quizás en un mayor número de derivaciones urgentes inadecuadas (9).

Los tiempos de demora para las primeras consultas en Salud Mental son de un máximo de 60 días. Algunos autores también señalan que el tiempo de espera hasta la primera visita en Salud Mental podría explicar el elevado absentismo de los pacientes pero también la utilización de la vía urgente de derivación (10, 11).

Los profesionales de Salud mental ponen el acento en que la llegada de pacientes que han de ser vistos de forma urgente interfiere notable-

mente con la actividad asistencial de consultas programadas de la Unidad. La valoración de la urgencia requiere de un tiempo suplementario que extraemos virtualmente de las agendas ya sobrecargadas. Las Unidades de Salud Mental ya atienden además, mediante sistemas de organización interna, otras urgencias de pacientes que tienen la vía directa para consultar a demanda en las unidades de salud mental (son los pacientes con trastornos mentales graves).

También alegamos que la mayoría de las derivaciones urgentes no responden a un verdadero criterio de urgencia aunque sí son pacientes que en un buen porcentaje de casos requieren de una atención especializada, lo cual estaría en la línea de pensar que la derivación urgente se está utilizando para acortar la lista de espera de las unidades de salud mental.

Llevamos años estancados en las mismas posiciones, buscando sistemas de mejora de la coordinación y la realidad es que nos queda mucho por avanzar en este terreno. La excesiva presión asistencial (en los dos niveles) y la falta de tiempo de los profesionales para cooperar tranquilamente hacen que se estereotipen los sistemas de atención a los pacientes haciéndose rígidos.

Los dispositivos públicos de Atención Primaria y las Unidades de Salud Mental tienen una enorme tarea común pero habitualmente se produce de forma descoordinada. Los profesionales de ambos dispositivos ejercen su oficio de una manera habilidosa, basando sobre todo su praxis en el hacer cotidiano y del día a día. En ambos dispositivos se van generando filtros de atención a los pacientes. Estos filtros están mediados por el discurso social imperante en lo que se refiere a la provisión de salud a los ciudadanos, por las políticas institucionales, por los estilos profesionales diversos, por las diversas interpretaciones y soluciones que pueden darse al continuo salud-enfermedad. Freud dijo que la cultura se contraponen al individuo y lo que es bueno para uno es insuficiente o limitante para el otro.

La coordinación entre dispositivos se hace necesaria para homogeneizar criterios diagnósticos y de actuación y para delimitar qué es lo que tiene que asumir el MAP y qué tienen que asumir los especialistas de SM. Pero la coordinación no es un



lugar frío en el cual uno se somete a las exigencias del protocolo sino que requiere un reajuste mutuo, se hace necesario escuchar las demandas y necesidades del otro para poder llegar a acuerdos eficaces y eficientes. Conocer la realidad desde el otro lado ayuda a construir ese camino.

Para poder construir un camino común entendemos que debemos de contar con dos elementos importantes que han de compartirse en persona: el tiempo y el espacio, sin los cuales los cimientos de la coordinación estarán desequilibrados.

Sobre esta base pueden ir generándose diferentes acuerdos y fórmulas cooperativas que acorten las discrepancias.

Nos preguntamos también si no sería interesante abrirse hacia otro tipo de experiencias piloto que comprometan a otras unidades asistenciales (por ejemplo a las unidades de salud mental del hospital) o, al igual que sucede en otros países, que la atención primaria cuente dentro de sus plantillas estables con profesionales de salud mental.

Contacto

Juan Otero • juanotero08@gmail.com

Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente • Centro de Salud Puerta Este
Calle Cueva de la pileta s/n • 41020 Sevilla

Bibliografía

- (1) Landa N, Goñi A, García de Jalón E, Lizasoain E. Concordancia entre el diagnóstico entre Atención Primaria y Salud Mental. *Aten Primaria* 2008; 40 (6): 285-9.
- (2) Iglesias GC, Díaz de la Peña A. Actitudes de los médicos de atención primaria sobre la salud mental en dos áreas sanitarias de Asturias. *Anales Psiquiatría* 1999; 15: 186-91.
- (3) Risco P. Estudio de la calidad de información de los partes de interconsulta (PIC) utilizados en las derivaciones de atención primaria a una unidad de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003; 23 (85): 125-35.
- (4) Beltrán M, Latorre JM, López J, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en Salud Mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36 (2): 85-92.
- (5) Otero J, Ramos Wille V. Las urgencias atendidas en un centro de salud mental. *Anales Psiquiatría* 2007; 23 (5): 224-231.
- (6) Franquelo P, García D, Moya P, Lema J, Buendía J, Saiz S. Tasa de derivación y factores asociados a la calidad de la hoja de derivación en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam* 2008; 2: 199-205.
- (7) Martín-Jurado A, de la Gárgara JJ, Castro S, Moreira A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen* 2012; 38 (6): 354-359.
- (8) Espinosa L, Castilla MP. Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2002; 22 (83): 111-123.
- (9) Camps C, Gisbert C, Gutiérrez R, Montilla JF. Los médicos de atención primaria ante la salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 25: 217-22.
- (10) Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria* 2003; 32: 524-30.
- (10) Luciano JV, Fernández A, Serrano-Blanco A, Pinto A, Palao DJ, Mercader M, et al. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria* 2009; 41 (3): 131-140.

• Recibido: 26/10/2014.

• Aceptado: 12/01/2015.

Tabla 1. Variables sociodemográficas					
Sexo			Convivencia		
Hombres	102	36,80%	Solo/a	23	11,10%
Mujeres	175	63,20%	Fam. origen	67	32,50%
			Fam. propia	106	51,40%
Edades			Otros	10	4,80%
← 18	20	7,50%	Ocupación		
18-24	19	7,10%	Estudiantes	23	9,20%
25-35	51	19,20%	Jubilados	32	12,90%
36-45	57	21,50%	En edad de trabajar	193	77,80%
46-55	62	23,30%	Pacientes en edad de trabajar		
56-65	33	12,40%	Activos	60	31,08%
→ 65	23	8,60%	Inactivos	133	68,91%
Estado civil			De éstos:		
Casado/a	84	37,60%	por desempleo	86	
Soltero/a	74	33,10%	por incapacidad laboral transitoria	24	
Separado/a	55	24,60%	por incapacidad permanente	23	
Viudo/a	10	4,40%			

Tabla 2. Variables clínicas		
Historia previa en la USM		
Con historia abierta	115	41,97%
Con historia cerrada	19	6,90%
Sin historia previa	140	51,09%
Diagnóstico CIE-10 realizados en la USM		
T. Psicóticos	14	5,10%
T. Afectivo Bipolar	13	4,70%
Episodios depresivos moderados/graves	9	3,30%
Distimia	14	5,10%
T. Neuróticos, de ansiedad y somatomorfos	57	20,95%
T. Adaptativos	71	26,10%
T. Asociados a disfunciones fisiológicas	6	2,20%
T. Personalidad	15	5,50%
Retraso Mental	6	2,20%
Demencias	8	2,90%
T. por consumo de tóxicos	10	3,60%
Sin patología	33	12,10%
Otros	16	5,80%



Tabla 3. Variables asociadas a la derivación

Circunstancias que motivan la derivación		
Agudización de síntomas ansiosos y problemas adaptativos	128	47,23%
Alusión a ideas de muerte, autolíticas o gestos autolesivos	34	12,54%
Presión familiar	27	9,96%
Alteración o trastornos de conducta en el entorno	25	9,22%
Alusión a aspectos de estirpe orgánica, ineficacia o efectos adversos de la medicación	22	8,11%
Agudización de síntomas depresivos	15	5,53%
Descompensación por síntomas psicóticos o maníacos	12	4,42%
Otros/Sin especificar	8	2,95%
Centro de salud derivante de la urgencia		
Parque Alcosa	89	32,12%
Fuensanta	52	18,77%
Puerta Este	43	15,52%
San Pablo	33	11,91%
El Greco	32	11,55%
Por meses de derivación		
Septiembre 2013	26	9,30%
Octubre	29	10,40%
Noviembre	25	9,02%
Diciembre	14	5,05%
Enero 2014	14	5,05%
Febrero	13	4,69%
Marzo	31	11,19%
Abril	29	10,40%
Mayo	18	6,49%
Junio	28	10,10%
Julio	24	8,66%
Agosto	26	9,30%

La terapia de pareja en Proyecto Hombre de Gipuzkoa.

Couples therapy in “Proyecto Hombre”.

Eusebio De la Huerga

Terapeuta de Proyecto Hombre, Psicopedagogo, Educador Social y Psicoterapeuta en la sección de Terapia Familiar por la FEAP.

Esther Maté Sanz

Terapeuta de Proyecto Hombre, Psicóloga y Psicodramatista.

Resumen: En el presente trabajo se ha tratado de exponer la labor con parejas que se realiza en la entidad Proyecto Hombre de Gipuzkoa. Iniciamos el artículo exponiendo el fenómeno de las drogodependencias y los cambios que se han dado en nuestro contexto social. Describimos nuestra respuesta educativa – terapéutica con los programas que desarrollamos para responder a los distintos perfiles de las personas drogodependientes. A su vez sin pretender una investigación estadística se plantean los resultados de una pequeña muestra, de hombres toxicómanos y sus parejas en la escala de actitudes ante el amor de Hendrick y Hendrick, con el objetivo de plasmar las relaciones que podemos encontrar entre toxicomanía y relaciones de pareja.

Palabras clave: terapia de pareja, tipologías, respuestas metodológicas, colusión, actitudes.

Abstract: In this paper we have tried to present the work that is done with partners in Proyecto Hombre Gipuzkoa entity. We begin the article exposing the phenomenon of drug addiction and the changes that have occurred in our social context. We describe our educativa – therapeutic response with programs developed to meet the different profiles of drug abusers. In turn without attempting a statistical investigation the results of a small sample of addicts men and their partners in the scale of attitudes to love Hendrick and Hendrick, aiming to capture the relations that can be found between addiction and relationships arising partner.

Key words: couples therapy, types, methodological answers, collusion, attitudes.

Introducción

En estos casi 30 años que llevamos atendiendo a personas con problemas de drogodependencias, es constatable decir, que el fenómeno de las drogodependencias ha sido, es y será cam-

biante. Es cambiante, en primer lugar, en cuanto a las sustancias preferidas de consumo. En la década de los 80, la sustancia principal era la heroína, en los 90 las llamadas drogas de diseño, dándose además un aumento del consumo de cocaína... y en la actualidad nos encontramos

con un policonsumo en donde las sustancias que prevalecen son el alcohol, el cannabis, la cocaína, las drogas de diseño.

También se puede hablar de un cambio en las formas de consumo, al menos en la cocaína, ya que se utilizaba con más frecuencia la vía oral y nasal como forma de consumo, mientras que el colectivo que usaba la heroína por vía inyectada tendió a compartir mucho menos la jeringuilla que en el pasado.

Ahora bien, el fenómeno de las drogodependencias es heterogéneo en cuanto a las personas.

El inicio del consumo, por ejemplo, no tiene el mismo significado para todas las personas que atendemos. Mientras que algunas comienzan a consumir, como forma de sentirse integradas en grupos sociales en donde se relacionan, otras lo hacen por desmarque social, para sentirse más superiores a sus iguales, escapar de la realidad, para divertirse, como forma de paliar fracasos, frustraciones, problemas familiares, laborales, etc.

A lo largo de los años, han prevalecido unas drogas u otras en función del contexto sociocultural vigente: desde los alucinógenos correspondientes a una cultura utópica, psicodélica y trascendental, pasando por la heroína en tiempos de desencanto y pasotismo, hasta culminar en este periodo en el alcohol, la cocaína y las drogas de diseño que estimulan la “marcha” y el “pasarle bien”.

Socialmente, mientras en una etapa anterior se hablaba de una persona drogodependiente que vivía a espaldas de la sociedad y que se encontraba fuertemente desarraigada, este estereotipo también ha cambiado. Existe un colectivo que se encuentra socialmente más integrado.

Pese a que actualmente el fenómeno de las drogodependencias ha dejado de ser una alarma social; sin embargo desde Proyecto Hombre entendemos que, a pesar de que las personas son diferentes, tienen diversas psicopatologías, viven situaciones personales, sociales, familiares, y laborales y el inicio de consumo de drogas tuviera distintas motivaciones, cualquier persona que desarrolla una drogodependencia genera un conflicto existencial, que le hace perder el interés por el mundo que le rodea y, en definitiva, por

el sentido de su propia existencia. Todo ello hace que los contenidos de nuestro sistema terapéutico, continúen vigentes independientemente de cuál sea la sustancia consumida, las vías y las formas de consumo o el nivel de integración social de las personas drogodependientes.

Respuestas metodológicas

Ahora bien, aunque los contenidos pueden ser sustancialmente válidos, algunas de las metodologías de intervención han tenido que variar.

En este sentido contamos con diferentes respuestas terapéuticas adaptadas al tipo de perfil que cada una de las personas nos demandan, basadas en las situaciones personales, familiares, sociales, laborales, mentales, etc., que cada una de ellas pueden tener.

Las diferentes metodologías están desarrolladas en cinco programas que responden a las tipologías que atendemos:

1) El Programa Tradicional

Corresponde al Programa desarrollado por Proyecto Hombre Gipuzkoa desde sus inicios. Está destinado a aquellas personas drogodependientes para las que la droga no solo ha supuesto un deterioro a nivel personal, sino que también ha afectado seriamente a sus áreas relacional y social. Atiende a personas dependientes principalmente de opiáceos y que presentan un bajo o nivel de integración social. Oferta a este colectivo una alternativa de rehabilitación integral basada en la confianza en las posibilidades de los usuarios y las usuarias para superar la drogodependencia.

2) Programa Intensivo

Corresponde a un modelo que se pone en marcha a mediados de 1.995. Partiendo del modelo anterior, introduce una serie de cambios estructurales y metodológicos, a fin de responder con mayor eficiencia a las necesidades de una parte de las personas drogodependientes que, a pesar de su consumo, mantienen cierto grado de integración social y familiar. Les ofrece la posibilidad de compaginar aspectos del Programa que inciden en la revisión de actitudes, análisis de la propia escala de valores, proceso de conocimientos

y maduración personal, sin que se dé un tiempo de alejamiento del entorno externo.

3) Programa Abierto

Corresponde a un modelo que se pone en marcha en 2001. Atiende a personas que aun atravesando una etapa conflictiva con el consumo de sustancias, son capaces de mantenerse en una “aparente normalidad” en el contexto que viven, por lo tanto, mantienen su continuidad en su relación con el medio familiar, social, laboral, potenciando continuamente la relación de la persona usuaria con el medio externo. El programa de intervención estructura sus actividades buscando la adaptación a sus necesidades y características individuales y de la familia prestando a esta una atención continuada durante todo el proceso.

4) Programa Alcohol

Ambulatorio: Atiende desde 2004 a personas con problemas derivados del consumo de alcohol. Su objetivo es la reducción o supresión de las bebidas alcohólicas según el diagnóstico y la demanda de la persona. Se realizan entrevistas individuales teniendo también la opción de integrarse en actividades colectivas, siempre que las características del programa se adaptan al perfil de los y las componentes y accedan voluntariamente.

Residencial, Programa Itxaro: Es un programa integral que empezó en el año 2008 para el tratamiento de las distintas problemáticas del consumo de alcohol, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, (laboral, familiar, social y personal), ya que este colectivo se presenta muy deteriorado y necesita un espacio residencial, como apoyo para mejorar la comunicación con su familia, amistades, compañeros y compañeras, así como seguir desarrollando la capacidad de volver a responsabilizarse de los roles que tienen que desempeñar en su entorno social en donde se mueven.

5) Programa Eraiki

Comienza su andadura en 2008 y está dirigido a personas consumidoras que muestran una seria aficción en su psiquismo que les dificulta la posibilidad de desarrollar una vida más autó-

noma. Proporciona una atención personalizada a aquellas personas que con su familia acuden a Proyecto Hombre aduciendo un problema de abuso de sustancias así como un trastorno mental severo, con el fin de acompañar a la persona y a su familia en el conocimiento de la enfermedad y las consecuencias psico-socio-sanitarias de la misma, así como posibilitarle el uso de los recursos que necesita para alcanzar las cotas de autonomía.

El contexto de nuestra intervención terapéutica al que nos vamos a referir, está centrado en el Programa Abierto en donde nos encontramos con personas, la mayoría de ellas emparejadas y muchas desarrollando funciones parentales. Por lo tanto, las relaciones con sus parejas, forman una parte importante en su vida y por supuesto en su proceso de rehabilitación.

En la línea de trabajo del programa abierto entre los instrumentos de intervención psicoterapéutica de los que nos servimos están las entrevistas individuales, entendidas como un espacio dirigido a la persona beneficiaria o a su pareja, entrevistas de pareja (participan ambos dos en este espacio), grupos de autoayuda (dirigidos a las parejas, acompañantes), grupos de parejas (participan el conjunto de las personas beneficiarias con sus parejas, en donde comparten en un mismo espacio sus diferentes experiencias, vivencias, emociones e historia con el resto de parejas que se encuentran en un momento parecido de su proceso en el programa). Además de todo esto y solo dirigido a la persona beneficiaria, se realizan grupos de iguales con el objetivo de que vayan adquiriendo el conocimiento de sus sentimientos, comportamientos e historia personal, familiar, social y así poder tomar conciencia, además de conseguir otras herramientas para afrontar las diferentes dificultades que conlleva la vida sin necesidad de consumir. Teniendo en cuenta que podríamos profundizar respecto a diferentes aspectos que desarrollamos a través de nuestra práctica diaria, consideramos apropiado centrarnos en las relaciones de pareja por ser un tema en el que desarrollamos mucho tiempo en la intervención terapéutica, respecto a este tipo de perfil que atendemos.

La persona que llega al programa abierto y lo hace con su pareja toma contacto con la terapia



en un momento de crisis en distintas áreas de su vida y sobre todo de crisis de pareja. Podríamos decir que se trata de un momento en el que el agua ha colmado el vaso, o que los momentos previos al contacto con la terapia han sido caracterizados por una alta conflictividad a nivel de pareja, en ocasiones patente o en otras, encubierta.

Durante el proceso de entrevistas de pareja sobrevuela en nosotros y nosotras, terapeutas, la idea de que la pareja constituye el subsistema base de la familia al cumplir con sus funciones de procreación y paternidad, pero a la vez mantiene funciones exclusivamente conyugales que van variando a lo largo de un proceso evolutivo de acuerdo a características propias de funcionamiento como roles, reglas, patrones de comunicación, negociación, resolución de problemas, etc. En nuestro ejercicio profesional nos apoyamos en la postura sistémica que reconoce a la pareja como un sistema interaccional, abierto y autopoietico que se organiza en virtud de códigos y se dinamiza en función de la comunicación (Hernández, 2001).

Vista la pareja como un sistema, consideramos que todos los eventos y dilemas que se suceden en su ciclo vital están sujetos a procesos que generan significados y sentidos contextuales. Siguiendo a González y Lemos (1997) los eventos del ciclo vital y los dilemas que suponen se entienden en este sentido en tanto experiencias con significado y sentido. Esto también supone que las situaciones estresantes, que aparecen en el ciclo vital de la pareja desde su conformación, surgen como actos en la comunicación, construcciones sociales que mueven los dilemas humanos en la forma de metáforas.

En las primeras entrevistas ambos miembros de la pareja acuden con todas sus creencias y sus modelos implícitos acerca del funcionamiento de la pareja y con sus explicaciones propias acerca del consumo, de las desavenencias y de los conflictos. En la mayoría de los casos nos encontramos que la pareja no tiene ninguna conciencia del desequilibrio y no presenta intención de mejorar o corregirse, sino que acompaña a su pareja (persona consumidora) por diversas razones, que se podrían agrupar de la siguiente manera:

- Necesidad de certificación del desequilibrio psicológico de la otra persona.
- La búsqueda de un aliado (terapeuta).
- Clarificar qué procesos o mecanismos están contribuyendo al deterioro y cuáles son las mejores opciones a seguir, tanto para la persona consumidora como para su acompañante.

En la primera entrevista inicial, ambos desconocen de qué forma va a comportarse él mismo o, su pareja y los terapeutas. En esta situación nos vemos en la necesidad de clarificar los objetivos de las sesiones que se van a realizar, explicar en qué va a consistir el proceso de terapia e ir estableciendo el vínculo terapéutico. En las sucesivas entrevistas de pareja se irá profundizando en la historia de la pareja: cómo se conocieron, cuál ha sido su historia, etc. De esta manera nos acercamos a J. Willi, que entiende que *“La relación bipersonal entre hombre y mujer encuentra su (forma clásica) en el matrimonio, que constituye la conexión más frecuente, intensiva y estable de la edad adulta”*. A diferencia de cualquier relación entre personas, la pareja se basa en un convenio vinculante y duradero de querer configurar en común la historia de la vida, lo cual abarca dimensiones distintas a las de una satisfacción momentánea de necesidad o a las de un encuentro humano de corta duración.

A medida que damos pasos chocamos con las crisis que han podido estar presentes en ambas personas. Sintetizando las perspectivas de diversos autores se puede hablar de diferentes tipos de crisis. Hay crisis circunstanciales, donde sucesos inesperados tales como accidentes o factores ambientales ajenos a la pareja detonan una experiencia traumática que la desorganiza y desequilibra. Ej. muertes, accidentes, asaltos, enfermedades, desastres naturales, desempleo, etc.

Por otro lado, están las crisis del desarrollo que consideran el ciclo de vida individual y ciclo evolutivo de la pareja, crisis con las que nos encontramos en la atención terapéutica. El desarrollo requiere de una serie de transiciones de una etapa a otra, donde cada una de ellas está caracterizada por ciertas actividades o tareas de crecimiento que la persona y la pareja han de cumplir. Cuando hay interferencia en su realización, es

probable que sobrevenga una crisis por la incapacidad de integrarse a la siguiente etapa de vida. Valga como ejemplo la llegada de los hijos e hijas, hecho que suele ser muy representativo de las parejas que atendemos. La transición de una etapa a otra en sí misma no es un factor determinante de sufrimiento. Las transiciones son normales y permiten crecer. El paso de una etapa a otra puede transcurrir fácilmente o involucrar trastornos considerables que se relacionan con la dificultad de la persona o de la pareja para realizar las tareas relacionadas con cada etapa.

Así, observamos como la transición se ha podido convertir en crisis debido a la falta de conocimientos, habilidades, disposición al riesgo, recursos físicos y apoyos sociales, a la acumulación de sucesos en un periodo corto de tiempo. Porque la persona o la pareja no está preparada para los sucesos propios de cada etapa o cuando la persona o pareja se percibe fuera de tiempo de acuerdo a las perspectivas de la sociedad, dando lugar a que se acentúe el consumo o comience una crisis de pareja.

Colusión y perspectiva dinámica

Desde una perspectiva dinámica y partiendo de su práctica en el tratamiento de parejas, Willi (1985) ha desarrollado un nuevo conceptos de los móviles y cursos más frecuentes de los conflictos de las mismas. Descubrió que estos problemas son tan atormentadores, tan penosos y tan difíciles de solucionar, porque se basan en un juego conjunto inconsciente. Problemas y conflictos de la misma clase ejercen una gran atracción mutua en dos personas en la fase de elección de consorte.

Ambas personas esperan, la una de la otra, la curación de las lesiones y frustraciones de la primera infancia, anhelan la libertad de los temores preexistentes y la mutua subsanación de la culpa prevaleciente de las relaciones anteriores. Las fantasías e imaginaciones no expresadas nunca, que inquietan y unen a ambas personas, constituyen una predisposición para la formación de un inconsciente común.

Willi introduce el término colusión con el cual define dicho juego neurótico de pareja, juego no confesado entre sus miembros, oculto recíprocamente a causa de un conflicto fundamentalmen-

te similar no superado. Esta conexión fundamental actúa en diferentes papeles, lo que permite tener la impresión de que uno de los miembros es lo contrario del otro, siendo que en realidad se refiere solamente a variantes polarizadas de lo mismo, favoreciendo así en la relación de pareja los intentos de curación individual, progresiva en un miembro y regresiva en el otro. Estos comportamientos producen en parte importante la atracción y aferramiento diádico de los cónyuges, donde cada uno de ellos espera que el otro lo libere de su propio conflicto.

Según este autor, la colusión es la presencia de un juego de pareja donde los conflictos se repiten constantemente en una sucesión relacional de acercamiento y alejamiento. La pareja no soporta la intimidad pero tampoco soporta la separación, de ahí que cuando se encuentran cercanos el uno del otro se sienten asfixiados y se alejan; cuando están lejos no toleran la soledad y vuelven a buscarse.

La colusión se establece como un reclamo de afectos infantiles entre ambos cónyuges, lo que conlleva a una irreal construcción de la imagen de la otra persona, puesto que la misma es un constructo personal que toma como referencia a las experiencias de la infancia. En los procesos de pareja ante los que nos encontramos la meta que sobrevuela es transmitirles que el amor sólo se puede constituir cuando se abandonan tales expectativas y se reconoce a la otra persona como otra legítima persona en la convivencia, puesto que forjarse expectativas imposibles de ser satisfechas por la pareja determina un vínculo patológico capaz de destruir la vida de cada uno de los cónyuges en lugar de la construcción amorosa del "nosotros". En la colusión el triángulo del amor siempre será incompleto. El amor pleno se constituye por la presencia de los tres elementos identificados por Sternberg: intimidad, pasión y compromiso.

La desvinculación implica un proceso de independencia afectiva hacia la familia de origen, es decir, la persona deja de hacer sus cosas para satisfacer las expectativas familiares, hecho que en algunos usuarios y usuarias no ha sido realizado y han establecido una pareja sin haberse desvinculado de su familia de origen. Durante el proceso que en la terapia dirigimos a



la desvinculación se generan cuestionamientos a los mitos familiares y confrontación de las expectativas de los progenitores.

La emancipación exige responsabilidad social y la desvinculación madurez afectiva, conceptos ambos que no están presentes en muchas personas con problemática de toxicomanía, y se profundiza en ellos en la terapia individual y grupal. Un objetivo que nos proponemos para la persona usuaria es que él o ella misma asuman que la soledad significa entender que es imposible, que amar no es necesitar de ella y menos obligarla a que ame como se espera.

Con todo lo anterior citado, reflexionamos que en nuestra labor en el campo de las toxicomanías, el o la terapeuta de parejas debe considerar la posibilidad de trabajar primero en los vínculos afectivos no resueltos con la familia de origen en ambos o en uno de los cónyuges. En numerosas ocasiones se presenta la conveniencia de intervenir en una terapia familiar para ayudar al cónyuge inmaduro a desvincularse de su familia. En otras, basta con la reflexión durante las sesiones conyugales para que ambos cónyuges sean capaces de mirarse a los ojos en vez de contemplar la colusión de sus progenitores.

Pareja y actitudes sobre el amor

Con el objetivo de transmitir con mayor detalle las características de pareja de este colectivo, y las especificidades a las que nos enfrentamos en terapia, se ha procedido a administrar la versión reducida de la Escala de actitudes sobre el amor (LAS) de Hendrick y Hendrick (1986).

Hendrick y Hendrick, se basan en la tipología de Lee (1973) y elaboran la Escala de Actitudes sobre el Amor para evaluar los seis estilos de amor propuestos en esta tipología (aunque los considera como estilos separados sin distinción entre primarios y secundarios). De entre las diferentes versiones disponibles se empleó la de 18 ítems, desarrollada por Hendrick, Hendrick y Dicke (1998), que explicaba el 69% de la varianza y obtuvo coeficientes alpha entre .62 y .87 dependiendo de la escala. Para su uso en castellano se ha tomado el redactado de estos 18 ítems de la versión traducida al castellano y validada en alumnado universitario español y

latinoamericano por Ubillos y cols. (2001) Las personas que han participado deben responder su nivel de acuerdo con el contenido de cada ítem en una escala de 5 puntos (donde 1 indica “completamente en desacuerdo con la afirmación” y 5 “completamente de acuerdo con la afirmación”).

La teoría de Lee, la *teoría de los colores del amor* (Lee, 1973, 1977, 1988), emplea la metáfora de los colores como base de su propuesta para una tipología de los tipos de amor (imaginando diferentes tipos de amor dispuestos en un disco igual al disco de los colores). Lee fue el primer autor que intentó validar empíricamente su propuesta, hoy clásica, de los estilos amorosos. Distinguiendo entre tres estilos de amor primarios y tres estilos de amor secundarios, que surgen de la combinación de los anteriores. Así pues, distingue entre 6 tipos principales de amor, conformado por 3 estilos amorosos básicos, y 3 estilos secundarios. Con respecto a los estilos amorosos básicos, éstos son:

- *Eros o amor pasional*, el tipo de amor caracterizado por la búsqueda de un ser amado cuyo aspecto físico encarna una imagen ya representada en la mente del amante. Comienza súbitamente y con una fuerte atracción física, de carácter intenso y emocionalmente turbador. El deseo, la atracción y la excitación sexual son los componentes esenciales, con una fuerte motivación por el placer de la actividad sexual.
- *Ludus o amor lúdico*, el amor lúdico o jugueteón. Se trata de un amor sin una notable implicación emocional, sin expectativas futuras, centrado en el aquí y ahora. En él predomina el deseo de disfrutar de las relaciones sin compromiso y sin necesidad de vincularse intensamente con la otra persona.
- *Storge o amor amistad* (afecto natural), un estilo basado en el desarrollo progresivo del afecto y del compañerismo (un amor amistoso basado en el cariño, siendo el amante estórgico el mejor amigo de su compañero o compañera). Se caracteriza por ser un amor sereno basado en la intimidad, la amistad y el cariño. Predomina el compromiso, el afecto mutuo y la comunicación. Suele requerir tiempo de conocimiento y convivencia. Como ya hemos mencionado, de la combinación en diferentes grados de los estilos

primarios, surgen tres estilos de amores secundarios, independientes de los primeros:

- *Manía o amor obsesivo*, un estilo de amor caracterizado por la obsesión, los celos, y una gran intensidad emocional. Se trata de un amor posesivo con una fuerte dependencia de la pareja, celos intensos, desconfianza e intenso temor a la pérdida de la persona amada.

Estaríamos ante la célebre paradoja amor-odio. Este estilo es una combinación de Eros y Ludus. Tiene la pasión de Eros y la falta de capacidad de establecer compromiso de Ludus, por lo que sufre de miedo al abandono y de incapacidad para asumir compromisos.

- *Ágape o amor desinteresado*, amor altruista, en el cual el amante o la amante considera que es su deber amar sin expectativas de reciprocidad. Es un amor devoto y abnegado, de renuncia absoluta y entrega totalmente desinteresada. Es un amor en el que se llega a comprometer con la otra persona independientemente del grado de reciprocidad que reciba. Es una mezcla de Eros y Storge porque supone una atracción amorosa con un compromiso de incondicionalidad. Este estilo se relaciona con el ideal cristiano del amor divino, pero, como el propio Lee señala, es muy infrecuente en las relaciones amorosas de pareja.

- *Pragma o amor pragmático*, un estilo práctico que se vincula a la consideración consciente de las características demográficas (y otras características objetivas) del ser amado o amada. Está basado en la búsqueda racional de la pareja compatible ideal, antes que en ideales románticos y/o fuertes emociones. La relación se establece como un sistema de contraprestaciones, contrato que compensa mantener. Es una combinación de Ludus y Storge, porque se tiene control sobre la elección de la persona con la que se establece el compromiso.

Es importante señalar que, para Lee, los estilos amorosos son “tipos puros”, esto es, categorías ideales que no se presentan nítidas e independientes en la realidad. Cada persona, según el momento, manifestará una determinada combinación de los distintos estilos. Considera que la combinación es más adecuada cuanto más cerca se defina los estilos de amor de cada una de las personas que integran la pareja.

Por otro lado, el estilo amoroso de una persona no se mantiene estable sino que varía a lo largo de su vida, a lo largo de sus diferentes relaciones y a lo largo de cada relación amorosa.

La muestra fue seleccionada de entre los pacientes (9 hombres) y sus parejas que llevan entre 6 meses y un año en el proceso terapéutico con un total de 16 personas, 7 mujeres y 9 hombres. En la tabla 1 se presentan los datos demográficos descriptivos de la muestra.

Tabla 1. Datos descriptivos para la muestra (n= 16)	
Variable	Muestra
Sexo	
Hombre	56,25%
Mujer	43,75%
Edad	
Rango	29-51
←30	1 (6,25%)
De 31 a 40	5 (31,25%)
De 41 a 50	9 (56,25%)
→50	1 (6,25%)
Nivel de estudios	
Estudios primarios	3 (18,75%)
Estudios secundarios	4 (25%)
FP Superior	7 (43,75%)
Estudios universitarios	2 (12,50%)
Situación laboral	
Activo/a	12 (75%)
Parado/a	1 (6,25%)
Labores del hogar	3 (18,75%)

Un primer análisis de los datos obtenidos indica que, las personas entrevistadas muestran elevados niveles de acuerdo con los estilos eros, manía y ágape; elevados niveles de desacuerdo con los estilos ludus y pragma, como se muestra en la tabla 2:

Tabla 2. Escala de actitudes sobre el amor (n=16)

Escala	Completamente en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Completamente de acuerdo
Eros	1 (4,16%)	2 (8,33%)	6 (41,66%)	5 (37,50%)	2 (8,33%)
Ludus	7 (43,70%)	5 (33,30%)	0 (2,10%)	2 (12,50%)	2 (8,40%)
Storge	2 (16,70%)	3 (20,80%)	5 (29,20%)	4 (25%)	2 (8,30%)
Pragma	5 (33,30%)	3 (14,60%)	6 (37,50%)	2 (12,50%)	0 (2,10%)
Manía	1 (8,33%)	2 (14,58%)	5 (29,16%)	6 (33,33%)	2 (14,58%)
Ágape	1 (8,33%)	2 (14,60%)	6 (31,25%)	6 (37,25%)	1 (8,33%)

Comparación de la distribución de porcentajes de respuesta por género (tabla3).

Tabla 3. Porcentajes por género

Escala	Hombres	Mujeres
Eros		
Desacuerdo	1 (14,81%)	1 (9,50%)
Indiferencia	3 (33,30%)	4 (52,30%)
Acuerdo	5 (51,80%)	2 (38,09%)
Ludus		
Desacuerdo	7 (74,07%)	6 (80,90%)
Indiferencia	0 (0%)	0 (4,76%)
Acuerdo	2 (25,93%)	1 (14,28%)
Storge		
Desacuerdo	4 (48,14%)	1 (23,80%)
Indiferencia	2 (22,20%)	3 (38,09%)
Acuerdo	3 (29,62%)	3 (38,09%)
Pragma		
Desacuerdo	4 (48,14%)	4 (47,61%)
Indiferencia	4 (40,74%)	2 (33,30%)
Acuerdo	1 (11,11%)	1 (19,04%)
Manía		
Desacuerdo	1 (18,51%)	2 (28,50%)
Indiferencia	3 (29,60%)	3 (28,50%)
Acuerdo	5 (51,85%)	3 (42,85%)
Ágape		
Desacuerdo	2 (25,90%)	1 (19,04%)
Indiferencia	2 (22,20%)	3 (42,85%)
Acuerdo	5 (51,85%)	3 (38,09%)

Otro dato importante extraído son las medias diferenciadas por género que se pueden observar en la tabla 4.

Tabla 4. Medias por género

Escala	Hombres	Mujeres
Eros	3,53	3,37
Ludus	2,29	1,80
Storge	2,66	3,09
Pragma	2,33	2,37
Manía	3,36	3,28
Ágape	3,22	3,18

Respecto a la escala Eros, los datos muestran que la mayoría de la muestra se posiciona entre la indiferencia y el acuerdo, existiendo mayor acuerdo entre los hombres y evidenciando que existe una alta valoración por el amor romántico. En cuanto a la escala Ludus hay una tendencia hacia el desacuerdo en ambos géneros, de aquí se puede extraer la idea de que la edad influye en el estilo de amor, es decir, que el estilo Ludus disminuye con la edad.

La escala Storge nos muestra desacuerdo en hombres, mientras que las mujeres expresan acuerdo, la idea que nos subyace es que ellas valoran la intimidad y la relación formada a partir del conocimiento. Hacía la escala pragma ambos sexos muestran una valoración de desacuerdo, que indica que se mueven más por hombres ideales románticos, que por la búsqueda de una pareja compatible.

En la escala manía, los muestran acuerdo, es decir, mayor aceptación por un estilo de amor intenso y posesivo. Aquí la mayoría de las mujeres se posicionan entre la indiferencia y el acuerdo.

En la escala ágape o amor altruista hay una tendencia al acuerdo en ambos sexos, si bien algo más en hombres.

Conclusión

Podemos decir que los hombres muestran mayor acuerdo eros, manía y ágape y las mujeres se posicionan entre la indiferencia y el acuerdo en las escalas storge, manía y ágape. Ambos sexos rechazan la escala ludus, lo cuál se puede entender como una valoración hacía la pareja a pesar del cansancio y desesperanza que provoca la relación sentimental con una persona toxicómana.

Se observa acuerdo en los hombres en eros o amor pasional, para los hombres con un perfil toxicómano hay un acuerdo hacia el deseo, la atracción y la excitación sexual, no siendo así en las parejas de éstos, lo cual lleva a conflicto entre ambos. En muchas ocasiones nos encontramos con pacientes que han usado las drogas como modo de resolver sus dificultades sexuales o como manera de “romper el hielo” al acercarse a la persona amada, de ahí la relación que se puede deducir entre drogadicción y la escala eros.

En la escala ludus, amor sin implicación emocional, estamos ante un desacuerdo tanto por parte de hombres cómo de mujeres. Tal y cómo hemos indicado anteriormente puede deberse a que es un estilo que disminuye con el aumento de la edad. Además este desacuerdo puede estar en contacto con la idea de que tanto la persona usuaria como su pareja llevan un tiempo de terapia y con ello un cambio en sus relaciones que deriva en el deseo de afianzar el compromiso de ambos y continuar con la relación a pesar de los conflictos vividos. En el trabajo diario nos encontramos con que la mayoría de las mujeres necesitan “ver” un cambio para ratificarse en la idea de continuar con esa pareja.

En la escala storge se encuentra desacuerdo en hombres, fruto, quizás de una de las principales características del toxicómano, la impulsividad, que a su vez entra en oposición con un amor sereno, como es el storge. Las mujeres muestran indiferencia y acuerdo. Pensamos que estas diferencias vienen dadas por la manera en que se cuentan a sí mismos la historia de su relación. Diríamos también que al ser un estilo de amor que requiere conocimiento de la otra persona, entran en oposición con una de las características del hombre toxicómano, que es la dificultad y ver-

güenza que siente ante la idea de que la pareja le conozca realmente.

Además, el desacuerdo de hombre y la indiferencia de mujeres la entendemos desde la gran dificultad que presentan ambos miembros de la pareja en la comunicación y en ponerse en el lugar de la otra persona, algo que es crucial en la escala storge.

En lo referente al estilo manía, los hombres muestran acuerdo, que podríamos calificar como un estilo de amor inmaduro, inseguro y con miedo al abandono; en las mujeres observamos el acuerdo y la indiferencia ante esta escala, por lo que interpretamos que ellas también presentan rasgos de inmadurez y egoísmo. En el caso de las mujeres, este hecho, es muy patente ya que en las sesiones verbalizan el haber querido separarse de su pareja, pero no han terminado de hacerlo, bien por el miedo a la soledad o bien por la incertidumbre que supone el construir una nueva vida.

Existe acuerdo en ambos sexos ante el amor altruista, posicionamiento que podemos entender como el resultado de uno de los objetivos de la terapia de pareja y lo podemos entender como un ideal al que quieren llegar las parejas, un camino en el que se encuentran.

En la escala pragma, que se refiere a las características objetivas del ser amado o amada, hombres y mujeres coinciden en el desacuerdo en este tipo de actitud ante el amor, lo cual coincide con el desacuerdo que muestran en las escalas ludus y storge, ya que esta sería una combinación de ambas. Podemos deducir que tanto hombres como mujeres ponen mayor acento en lo emocional que en valorar si comparten los mismos valores.

Con todo lo anteriormente citado podemos concluir que las distintas actitudes ante el amor se pueden relacionar con aspectos y características del perfil de la persona toxicómana y de la pareja de ésta.

Contacto

Eusebio de la Huerga • eusebio@euskalnet.net
C/ Uradaburu, 2 - 4º C • 20100 Lezo • Gipuzkoa

Bibliografía

- Ferrer, V.A., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M.C. y García., E. (2008). *El concepto de amor en España*. *Psicothema*, 20, 589-595.
- López, F. (2009). *Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Espina, A, Pumar, B. (1996). *Terapia familiar sistémica*. Madrid. Fundamentos.
- Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familia*. Madrid. Fundación Universidad-empresa.
- Espina, A. (1996). *La Constitución de la pareja*. E.M. Millan. *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico*. Valencia Promolibro.
- Noriega, G. (2013). *El Guión de la Codependencia en las relaciones de pareja. Diagnóstico y tratamiento*. Manual Moderno.
- Willi J. (2002). *La pareja humana; relación y conflicto*. Morata.
- Siger Clifford J. (2010). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Amorrortu.
- Gilbert M. SH Mukler D. (2000). *Terapia Breve con parejas, un enfoque integrado*. Manual Moderno.
- Varela P. (2006). *Amor Puro y Duro. Psicología de la pareja, sus emociones y sus conflictos*. La esfera de los libros.
- Kramer P. (1998). *Conflictos de pareja*. Gedisa.
- Diaz J. (2003). *Prevención de los conflictos de pareja*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Jones-Asen. (2004). *Terapia Sistémica y depresión*. Desclée de Brouwer, S.A.
- VV.AA. (2003). *La Pareja y el Amor*. Paidós.
- Omar Biscotti. (2007). *Terapia de Pareja*. Lumen Humanitas.

• Aceptado: 01/10/2014.



FORMACIÓN CONTINUADA

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XX).

Psicofarmacología. Bases y Aplicación Clínica. 4ª parte.

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

Con esta entrega damos por terminado el repaso a los antiepilépticos-eutimizantes, azapironas y barbitúricos. En próximos números de *NORTE de salud mental* serán abordados los aspectos concretos de diferentes grupos de fármacos.

Esperamos que quienes lo lean estén disfrutando al trabajar los ítems publicados, poniendo en práctica sus habilidades cognitivas y académicas, y nos conformaremos si el material elaborado sirve para lo que fue propuesto: mantener la puesta al día en aspectos relevantes en psiquiatría y áreas afines así como ser un valioso material de autoevaluación farmacológica para psiquiatras, MIRes, PIRes...

Antiepilépticos III, Azapironas, Barbitúricos

Preguntas

Pregunta 160. La sobredosificación por topiramato – p.ej., con finalidad suicida puede resultar particularmente grave y de riesgo para la vida por:

- Sd. de Guillain Barré.
- Hipotermia maligna.
- Sd. VIH like.
- Acidosis metabólica hiperclorémica.
- Colangiopatía inflamatoria aguda.

Pregunta 161. Recientes evidencias señalan que el impacto en el neurodesarrollo en los hijos de madres que tomaron valproato durante el embarazo, pueden ser:

- Despreciables.
- Hasta del 40%.
- El valproato ha sido recientemente asociado a cociente de inteligencia superior en hijos cuyas madres lo tomaron durante la gestación.
- Mínimas si se toman dosis farmacológicas de ácido fólico.
- Tratables con cirugía robótica intauterina.

Pregunta 162. La curiosidad histórica nos dice que el valproato:

- Fue utilizado desde su síntesis como anti-comicial.
- Fue inmediatamente retirado del mercado por pancreatitis tóxicas frecuentes.
- Al año de sintetizarlo demostró en un ensayo su eficacia antidepressiva.
- Tras ser sintetizado pasó inadvertido ante los ojos de los investigadores.
- Todas las anteriores son verdaderas.

Pregunta 163. La buspirona se diferencia de las BDZs en que, la buspirona:

- Actúa sobre el receptor GABA-B.
- Tiene efecto antipsicótico notable.
- Tiene efecto muy rápido de acción.
- Está contraindicado su uso en los síndromes de ansiedad.
- No produce dependencia.

Pregunta 164. El nombre de barbitúrico fue tomado por los investigadores porque:

- El ácido úrico es parte fundamental de la estructura química.
- El investigador tuvo la ocurrencia de ponerle un nombre parecido al de su novia.
- La patente 12/3457-09 obligó a denominarlo de esta manera.
- Coincidió su síntesis y patente con la de la famosa muñeca Barby.
- La pregunta no es seria y carece de fundamento todo lo dicho anteriormente.

Pregunta 165. Se conoce como test del pentobarbital a:

- Test de valoración para el grado de tolerancia a los depresores del SNC.
- Test cruzado para descartar toxicidad tipo III por barbitúricos.
- Test de tolerancia a heterocíclicos.
- Test previo a la inducción anestésica previo al TEC.
- No hay nada cierto, todo lo anterior es falso.

Respuestas

Pregunta 160. Respuesta correcta: D

Comentario: Se han comunicado convulsiones, disminución del nivel de conciencia, agitación, trastornos del habla, visión borrosa y diplopia, mareo, coordinación anormal, hipotensión y dolor abdominal. En la mayoría de los casos, las consecuencias no fueron graves, pero se han notificado muertes debidas a sobredosis por múltiples fármacos entre los que se encontraba topiramato. También puede causar *acidosis metabólica hiperclorémica grave*, que requiere valoración y tratamiento por médicos especializados. La hemodiálisis es eficaz para eliminar topiramato del organismo.

Los inhibidores de la anhidrasa carbónica son acetazolamida, diclorfenamida y topiramato. Estos inhibidores inhiben ambas formas de la enzima, tanto la que se encuentra en la membrana del borde luminal como la citoplasmática

suprimiendo casi por completo la reabsorción de bicarbonato sódico (NaHCO_3) en el túbulo proximal. De este modo, aumenta la eliminación de bicarbonato y, consiguientemente, la de Na^+ y Cl^- que llegaran en gran proporción al asa de Henle. Pueden ocasionar *acidosis metabólica hiperclorémica*, *fosfaturia* e *hipercalciuria* con producción de *cálculos renales*, *hipopotasemia intensa* y reacciones de hipersensibilidad.

Bibliografía: R. Oraá Gil, L. Inchausti López de Larrucea, P. Malo Ocejo. En: Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Salazar, Peralta, Pastor eds. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 361. Madrid, 2009.

Pregunta 161. Respuesta correcta: B

Comentario: El ácido valproico es un anticonvulsivante dotado de un amplio espectro de actividad antiepiléptica, cuyo mecanismo de acción principal se relaciona con el aumento de la acción inhibitoria del neurotransmisor GABA.

En España se encuentran actualmente comercializados con dicho principio activo los siguientes medicamentos: Depakine y ácido valproico G.E.S; también se encuentra disponible en forma de valpromida (Depamide®). Sus indicaciones autorizadas son el tratamiento de las epilepsias generalizadas o parciales y los episodios maníacos asociados al trastorno bipolar.

Es conocido el riesgo asociado a ácido valproico de desarrollar malformaciones congénitas. Sin embargo, nuevos trabajos publicados en los últimos años indicativos de la asociación de ácido valproico con alteraciones en el desarrollo en niños expuestos intraútero, han motivado que el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) realice una nueva evaluación del balance beneficio-riesgo de este medicamento cuando se administra a niñas, a mujeres con capacidad de gestación y a mujeres embarazadas.

Durante la evaluación se ha consultado con un panel de expertos y se ha recabado información de profesionales sanitarios así como de padres y cuidadores de niños afectados.

Las conclusiones obtenidas han sido las siguientes:

- El riesgo ya conocido de que aparezcan malformaciones congénitas en niños nacidos de madres que tomaron ácido valproico en monoterapia durante el embarazo es del 10,73% (95% CI: 8,16-13,29) frente al 2-3% de la población general. Las malformaciones más comunes son: defectos del tubo neural, dismorfia facial, paladar hendido y labio leporino, craneosinostosis, defectos cardíacos, renales y urogenitales, defectos en las extremidades (incluyendo aplasia bilateral del radio) y anomalías múltiples con afectación de varios órganos y sistemas.
- Los datos indican que el ácido valproico puede provocar trastornos en el desarrollo físico o en el neurodesarrollo de los niños que han sido expuestos intraútero. No se puede determinar con exactitud cual es el periodo gestacional de riesgo y no puede descartarse que dicho riesgo exista durante todo el embarazo. Estudios realizados en preescolares con exposición intrauterina a este medicamento han mostrado que hasta un 30-40% de los niños presentaban algún trastorno en el desarrollo temprano como retraso al caminar y hablar, problemas de memoria, dificultad en habla y lenguaje y menor cociente intelectual.
- Tanto *el riesgo de desarrollar malformaciones congénitas como el de presentar trastornos del desarrollo, son dependientes de la dosis*, si bien no ha podido llegar a establecerse un umbral de dosis por debajo del cual dichos riesgos sean inexistentes.
- Los datos disponibles también han mostrado que puede existir un incremento del riesgo de presentar autismo infantil y otros trastornos del espectro autista en comparación con la población general.
- Datos limitados sugieren que estos niños podrían tener un mayor riesgo de desarrollar síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En base a las citadas conclusiones y dados los riesgos que acaban de exponerse, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios establece las siguientes recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios:

- No debe administrarse ácido valproico ni a niñas, ni a mujeres con capacidad de gestación

ni a mujeres embarazadas, a menos que otras terapias para el tratamiento de la epilepsia o los episodios maniacos asociados al trastorno bipolar no hayan sido tolerados o hayan resultado ineficaces.

- Las mujeres con capacidad de gestación en tratamiento con ácido valproico deben utilizar algún método anticonceptivo eficaz durante todo el tiempo que dure el tratamiento y se les explicará detalladamente los riesgos que correrá el feto en caso de embarazo.
- Se deberá informar a las mujeres en tratamiento que en caso de embarazo no deben suspender la medicación sin consultar previamente a su médico.
- Si una mujer se quedase embarazada mientras está tomando ácido valproico se realizará una valoración minuciosa de los beneficios y los riesgos, considerándose otras alternativas terapéuticas. Si finalmente se decidiese continuar con el tratamiento:
 - Se utilizará la menor dosis eficaz de ácido valproico, fraccionando la dosis diaria en varias tomas a lo largo del día. Preferiblemente se utilizarán formulaciones de liberación prolongada.
 - Se iniciará precozmente la monitorización prenatal para vigilar el desarrollo del feto.
 - Se informará al pediatra y profesional de enfermería encargados de los controles de salud de los niños prenatalmente expuestos a ácido valproico acerca de esta exposición para que puedan vigilar posibles retrasos en la adquisición de los hitos del desarrollo y establecer precozmente las medidas.

Bibliografía: Christensen J, Grønborg TK, Sørensen MJ et al. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA*. 2013; 309(16):1696-703.

Pregunta 162. Respuesta correcta: D

Comentario: El valproato es uno más de los hijos de la serendipia. El valproato fue sintetizado por primera vez por Burton en 1882, pero no se conoció su uso clínico hasta que, de manera fortuita, se descubrió su actividad anticonvulsiva en 1962. En ese momento, el valproato se utilizaba como



disolvente del principio activo para probar la actividad anticonvulsiva de nuevos compuestos.

El primer ensayo clínico con la sal sódica data de 1964, y fue comercializado por primera vez en Francia en 1967. Desde entonces, el valproato se ha utilizado como anticóncil, con un amplio espectro de actividad en diferentes tipos de epilepsia.

El primer informe sobre la capacidad eutimizante del valproato fue publicado por Lambert en 1966.

Bibliografía: M. Torreblanca Pacheco. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Salazar, Peralta, Pastor eds. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 362. Madrid 2009.

Pregunta 163. Respuesta correcta: E

Comentario: Buspirona fue el primer ansiolítico no sedante y no perteneciente al grupo de las benzodiazepinas (BZd. desarrollado y comercializado. Se sintetizó en 1968 de manera fortuita en el intento de crear un neuroléptico más eficaz. Pese a que los efectos observados en ensayos clínicos de fase II en pacientes con esquizofrenia fueron desalentadores, los resultados obtenidos en los primeros estudios en pacientes con criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad resultaron claramente positivos. Fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) y se empezó a comercializar en 1986. Sin embargo el devenir de la buspirona fue desastroso debido a que los clínicos dejaron de confiar en el producto y en sus demoras en el tiempo de eficacia clínica.

Bibliografía: G. García Serrano. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Salazar, Peralta, Pastor eds. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 368. Madrid 2009.

Pregunta 164. Respuesta correcta: B

Comentario: La farmacología sesuda y de daltons de peso molecular también ha de respirar un poco. El ítem no parece serio pero tampoco lo aparenta la decisión del nombre barbitúrico, un nombre que ha acompañado a la farmacología durante los últimos 100 años.

El químico alemán Adolf von Baeyer, Premio Nobel de química en 1905, descubrió el ácido barbi-

túrico al investigar los cálculos renales. De este ácido se extraen sustancias sedantes e hipnóticas. Le llamó barbitúrico en honor a su novia de aquella época, Bárbara.

Bibliografía: N. Basterreche Izaguirre, J. B. Anaguano Jiménez. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Salazar, Peralta, Pastor eds. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 373. Madrid 2009.

Pregunta 165. Respuesta correcta: A

Comentario: El *test del pentobarbital* se utiliza para la evaluación del grado de tolerancia a los depresores del sistema nervioso central (SNC) en pacientes hospitalizados para desintoxicación.

Test del pentobarbital

1. Administrar pentobarbital (200 mg) por vía oral.
2. Vigilar si se produce intoxicación después de 1 hora (p. ej., somnolencia, farfuleo o nistagmo).
3. Si el paciente no se ha intoxicado, administrar otros 100 mg de pentobarbital cada 2 horas (máximo 500 mg en 6 horas).
4. La dosis total administrada para producir una intoxicación leve es equivalente al nivel de abuso diario de barbitúricos.
5. Para la desintoxicación, administrar fenobarbital 30 mg (semivida más larga) por cada 100 mg de pentobarbital.
6. Disminuir la dosis de fenobarbital alrededor del 10 % al día.
7. Ajustar la tasa si se presentan signos de intoxicación o abstinencia (dependiendo de la idiosincrasia individual, la reducción puede ser más lenta y la dosis total / día, diferente).

Bibliografía: N. Basterreche Izaguirre, J. B. Anaguano Jiménez. En Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Salazar, Peralta, Pastor eds. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 375. Madrid 2009.

• Recibido: 01/12/2014.

• Aceptado: 20/01/2015.

Nuevos abordajes en la Rehabilitación Psicosocial: la recuperación, a propósito de un caso.

New approaches in Psychosocial Rehabilitation: recovery, a case report.

Ione Esquer Terrazas

Residente de Psicología Clínica en Hospital Universitario de Salamanca (C.A.U.S.A.).

Luz Celia Fernández Martín

Psicóloga Clínica en Hospital de Día (Salamanca).

Desiderio López Gómez

Psicólogo Clínico.

Resumen: Desde la reforma psiquiátrica acontecida en la segunda mitad del siglo XX muchos han sido los cambios que han moldeado lo que hoy conocemos como Salud Mental, cambiando la visión de enfermos a usuarios de servicios públicos como los destinados a la rehabilitación psicosocial. La Recuperación es un elemento fundamental de nuevos abordajes, donde el objetivo es que los usuarios construyan un proyecto de vida más allá de la enfermedad y a pesar de ésta.

En el presente trabajo se pretende analizar desde la revisión de estos cambios sufridos y de los nuevos modelos de aproximación al enfermo mental crónico, el análisis descriptivo de la intervención realizada en un paciente en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Salamanca.

Los resultados señalan una mejoría en aspectos relativos a Conducta y Procesos Cognitivos (evaluados con la Escala de Objetivos) y en Bienestar Emocional, Relaciones interpersonales y Desarrollo Personal (valorados por la GENCAT).

Palabras clave: Reforma, Rehabilitación, Psicosocial, Recuperación, Crónico.

Abstract: Since the psychiatric reform that took place in the second half of the 20th century, the term Mental Health has evolved until the concept that we have nowadays, changing the vision of patients from ill to public service users, as the ones in psychosocial rehabilitation. Recovery is an essential element of new approaches, where the main goal is that users build a life project beyond the illness and despite of it.

Taking into account the review of these changes and the new approaching models to chronic mental patients, this work is meant to evaluate the descriptive analysis of the intervention that was carried out on a patient in the Psychosocial Rehabilitation Unit in Salamanca.

The results show an improvement in some areas related to Behaviour and Cognitive Processes (evaluated with the Objectives Scale) as well as in Emotional Well-Being, Interpersonal Relationships and Personal Development (assessed with the GENCAT).

Key words: Reform, Rehabilitation, Psychosocial, Recovery, Chronic.



1. Introducción

La Rehabilitación Psicosocial ha sido un tema complejo por la multidisciplinariedad que implica y por las consecuencias y cambios que conlleva, y desde la reforma psiquiátrica que se inició en los años 80, muchas han sido las voces críticas que han surgido en torno a esta temática. Entre otros objetivos, la reforma psiquiátrica pretendía alcanzar la desinstitucionalización de los pacientes que en esos momentos copaban los hospitales psiquiátricos. Comenzó a plantearse que las largas estancias en estos hospitales no contribuían a la curación de estas personas y que el verdadero proceso de “sanación” o “rehabilitación” pasaba por su inclusión en la comunidad (en la sociedad).

En la actualidad se trabaja con conceptos como la idea de la “*recuperación*” (recovery). El concepto de rehabilitación se muestra en ocasiones anticuado y rígido, sobretodo en relación a sus orígenes provenientes de una visión más médica-física, en la cual es el clínico quien desde fuera ofrece los cuidados necesarios para conseguir sanar una deficiencia o un daño (1).

El concepto de Recuperación plantea un espacio en el cual es el usuario quien construye su propio proyecto de vida, a través de un ejercicio de crecimiento personal, que implica un cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de sí mismo. Se entiende de esta manera que se trata de un proceso único, en el que el usuario adquiere el control de su vida, más allá de la enfermedad y a pesar de los síntomas y en el cual se facilitan los procesos individuales tomando como partida los deseos personales (1).

En palabras de Pablo García Cubillana, las personas con enfermedad mental grave no se recuperan solas; este proceso incluye a familiares y amigos, a la sociedad, la red social extensa además de los profesionales de Salud Mental. Parte de un proceso de inclusión social y recuperación de roles fundamentales de su vida (2).

El proceso de Recuperación se realizaría a través de varias etapas que según Andersen, Caputi y Oades (2006) incluirían: un primer momento de *desconcierto o moratoria* (determinado por sentimientos de desesperanza y pérdida) *concienciación* (momento en el cual la persona recobra cierta esperanza) *preparación* (comienzo del tra-

bajo en desarrollar sus habilidades y fortalezas) *reconstrucción* (trabajo activo y proactivo hacia metas y objetivos) y una última fase de *crecimiento* (momento en el que la persona adquiere un concepto valioso de sí mismo y es capaz de vivir una vida con sentido) (2).

La SAMHSA (Substance abuse y Mental Health Services Administration) celebró en 2004 una Conferencia de Consenso Nacional sobre el tema de la recuperación y transformación de la salud mental en el cual se identificaron las características que resultarían eficaces en los servicios orientados a esta propuesta. Las conclusiones que hallaron en esta Conferencia, coinciden con la propuesta de Andersen (2003) para quien los cuatro componentes básicos serían; encontrar esperanza respecto al futuro y mantenerla, el re-establecimiento de una identidad positiva, construir una vida con sentido, y asumir la responsabilidad y control sobre su enfermedad y vida (1).

El *Empoderamiento* (empowerment) es un concepto que comenzó a utilizarse en los años 70 en relación con la adquisición de nuevos derechos de la mujer y de la ayuda al desarrollo (3). En el caso de la Salud Mental, el *empoderamiento* se entiende como una herramienta más para la recuperación, que se basa en dar un papel activo al usuario, devolviéndole la capacidad muchas veces perdida de elección y control sobre sus propios procesos y cuestiones vitales (2). No se trata de algo que se le da al usuario, sino algo que nace y se produce desde el mismo usuario, del control que él gana sobre su vida y el poder sobre sus elecciones.

Tres son los atributos claves del Empoderamiento: el poder para tomar decisiones (con el apoyo de la familia y los profesionales de Salud Mental) el acceso a la información y a los recursos (ofreciéndoles toda la información disponible, sin valorar previamente que es lo que el usuario necesita saber y lo que no) y presentar un abanico de opciones donde elegir (2).

El **objetivo** de este trabajo es contextualizando el caso, analizar la intervención realizada con un usuario desde un Modelo Rehabilitador, considerando las aplicaciones de la *recuperación* y el *empoderamiento* en el contexto de una Unidad de Rehabilitación.

2. Material y método

Diseño

Se trata de un análisis descriptivo de la intervención realizada en paciente en un paciente de 57 años diagnosticado de Síndrome de Cotard.

Ámbito e intervención

Se realizó en el ámbito Asistencial Hospitalario entre los años 2012-2013 en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial (U.R) y consistió en una intervención desde la perspectiva del Modelo Rehabilitador, haciendo hincapié en los procesos de la recuperación (*recovery*) y en el empoderamiento (*empowerment*). La intervención se basó en varios pilares fundamentales:

- a) Un contexto estructurante (la U.R).
- b) Entrevistas multidisciplinares de Psicología Clínica, Psiquiatría y Enfermería con el paciente.
- c) Actividades programadas en la Unidad.
- d) Orientación y apoyo a la familia.
- e) Integración comunitaria.

Instrumento de Medida

Como Instrumentos de Medida se utilizaron la Escala de Calidad de Vida (GENCAT) para valorar el Estado Basal de paciente y la Escala de Objetivos de la Unidad de Rehabilitación de Salamanca. Esta última se aplica a todos los pacientes que ingresan en la Unidad en el momento del ingreso y al alta, con el fin de establecer los objetivos terapéuticos y evaluar si los mismos han sido alcanzados. Evalúa 9 dominios (Conducta, Procesos Cognitivos, Emociones, Autoconcepto, Rol, Competencia, Relación Interpersonal y Capacidad de Afrontamiento); cada uno de estos apartados se puntúa en una Escala Likert de 0 a 5, según el nivel en el que se encuentre al inicio del paciente.

La GENCAT es un instrumento, desarrollado por el INICO, que permite la evaluación objetiva de la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales. Está dirigido a los profesionales, quienes deben responder a los ítems basándose en la observación de la persona. Proporciona puntuaciones para ocho dimensiones ('Bienestar

emocional', 'Bienestar físico', 'Bienestar material', 'Autodeterminación', 'Desarrollo personal', 'Inclusión social', 'Relaciones interpersonales' y 'Derechos'), y un Índice global de calidad de vida (4).

Los datos se analizaron comparando las puntuaciones pre y post tratamiento obtenidas en ambas escalas.

3. Resultados

J.A de 57 años, tercero de ocho hermanos, divorciado desde el 2001 y con una hija. Dejó los estudios a los 15 años y se dedicó a varios oficios sin cualificación. Separación paterna a los 21 años, se queda a vivir con su madre. A los 25 años cambia de residencia y conoce a su mujer, viviendo así lo que él describe como los mejores años de su vida.

Cuando su padre tenía 66 años le diagnosticaron un cáncer. J.A vive este momento con gran angustia y con ánimo bajo congruente con la situación vital. En esta época coincide un cambio de casa (cercana a un cementerio) y el paciente sitúa el inicio de su enfermedad en este momento, verbalizando que "se le metieron los nervios en el cuerpo".

El primer contacto con Salud Mental tiene lugar en el año 1984 (cuando tenía 27 años) a raíz de la pérdida de trabajo, comienza a sentirse bajo de ánimo, se separa, y finalmente se muda con su hermano ante la necesidad de ser cuidado y supervisado por alguien cercano. En el año 1999 ingresa por primera vez en la Unidad UHB y refiere que "el cuerpo le habla, los huesos se le alargan y encogen". En Septiembre del 2012 ingresa por tercera vez en la UHB tras presentar sentimientos de muerte, ausencia de ganas de vivir e ideas somáticas extrañas diagnosticándole de Síndrome de Cotard y Trastorno de Personalidad (rasgos cluster B).

Los apoyos que tiene en el momento actual son débiles; su madre falleció hace medio año, y sus hermanos se han ido separando progresivamente de manera que actualmente sólo cuenta con el apoyo parcial de una de sus hermanas, aunque ésta refiere sentirse ya cansada de todo el proceso y opta por el distanciamiento.



Las fortalezas presentes en J.A son: capacidad cognitiva conservada manifestada en el buen funcionamiento en las actividades de Rehabilitación Cognitiva realizadas en la Unidad de Rehabilitación, capacidad de ayuda a los demás, capacidad de involucrarse activamente en diferente tareas y capacidad de vincularse de manera progresivamente más significativa con el personal y compañeros de la unidad.

El contexto resalta por un apoyo familiar prácticamente nulo, la ausencia de un domicilio fijo, la reciente incapacidad laboral y la dependencia de ayudas externas. Todo esto está mediatizado por interacciones en las que prima la sensación de fracaso como padre y esposo, la pérdida de rol

en su familia de origen, la ausencia de relaciones significativas más allá del ámbito sanitario y la comunicación asimétrica, basada en demandas hacia el servicio y los trabajadores, y oposición ante ciertas exigencias.

Evaluación, formulación clínica del caso, objetivos e intervención

Como medida objetiva de la calidad de vida, se complementó la GENCAT. Los objetivos que se establecieron para el tratamiento se dividieron según los dominios evaluados por la Escala de Objetivos que se aplicó en el momento del ingreso en la Unidad de Rehabilitación, y fueron los siguientes;

Tabla 1. Objetivos de tratamiento		
Dominio	Nivel basal	Objetivo
Nivel conductual	Desorganización conductual.	Organización conductual básica; hábitos de higiene, comida y sueño.
Procesos cognitivos	Procesamiento básico de la información (Atención y percepción).	Inicio de procesos de razonamiento y pensamiento lógico. Organización del lenguaje y de las ideas.
Emociones	Conciencia emocional (capacidad de identificar emociones en otros).	Autorregulación emocional.
Autoconcepto	Autoconcepto organizado alrededor de la enfermedad y papel de paciente.	Involucración y papel activo en su recuperación.
Rol	Participación en rituales domésticos y comunitarios.	Progresiva adquisición de roles domésticos y comunitarios.
Competencia	Adaptación y funcionamiento eficaz dentro de la unidad.	Generalización a la vida cotidiana de los contenidos de los programas en los que forma parte.
Relación interpersonal	Interacción social básica.	Iniciativa en el contacto social, basada en la percepción social y la empatía.

La intervención se realizó desde un Modelo Rehabilitador en el cual se otorga especial importancia al empoderamiento del paciente, buscando la recuperación del mismo. El programa de intervención se realizó entre los años 2012-2013 en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial y se organizó en torno a los siguientes componentes básicos:

1) La **estructura de la Unidad** proporciona apoyos continuos y generalizados, además se entiende como una organización sana donde los niveles de emoción expresada son bajos y donde existen expectativas positivas respecto al proceso de recuperación. La **continuidad de apoyos** favorece la **intervención incisiva** y los fines de semana que los pacientes pasan

en sus casas, permiten facilitar el *proceso de generalización*.

- 2) Las **entrevistas multidisciplinares** evalúan el estado del paciente con este, y en éstas se fijan los objetivos de la rehabilitación. Se busca motivar a lo largo del proceso, prever posibles inconvenientes e ir evaluando los cambios, manteniendo la esperanza del equipo respecto a la evolución del paciente, además de alentar la suya propia.
- 3) A través de los **Programas y Actividades** programadas en la Unidad se trabajaban las **transiciones verticales**, buscando cubrir las necesidades de la persona y las demandas y exigencias culturales (4).

- Mediante los programas de *Habilidades Sociales y Habilidades de la Vida Diaria* se trabaja la necesidad de la persona de contextualización, habilidad que a posteriori le permitiría aprender a comportarse en la sociedad y la cultura. En estos programas se trabajan conceptos como; la comunicación verbal y no verbal, la asertividad, expresión y discriminación de emociones, auto-cuidados básicos y hábitos de salud.
- En los programas de *Rehabilitación cognitiva, Narrativa, Prensa* y el *Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI) de Feurstein* se trabaja la necesidad de estimulación (y la consiguiente demanda cultural de aprender a pensar) la atención, memoria, concentración, percepción, y otros procesos básicos.
- En consonancia con la demanda de aprender a convivir surge la necesidad de la persona de vinculación. Las actividades se orientan en este caso al *Autocontrol emocional*, trabajando en esta área aspectos como; la autoestima, ansiedad, estrategias de afrontamiento y la solución de problemas.
- Las actividades de *Psicoeducación, Psicomotricidad, Musicoterapia, Ocio y tiempo libre* trabajan la necesidad de Autodeterminación (aprender a ser). Se trata de promover la persona, sus gustos y su espacio para organizar el tiempo libre.

4) La **Orientación y apoyo a la familia** contempla los procesos, recursos y puntos fuertes de la familia y permite su crecimiento y desarrollo. Entiende la familia como un sistema que es parte esencial del proceso de recuperación de las personas. Estimula a los miembros de la familia a desarrollar alternativas y destrezas en lugar de subrayar las limitaciones tanto suyas como de los pacientes.

5) Además de las transiciones horizontales referidas a las interacciones del paciente con otros pacientes y trabajadores, resulta de gran importancia las interacciones de la persona con la comunidad. Mediante la **Integración socio-comunitaria** se busca facilitar la utilización de recursos de formación y académicos, favorecer la rehabilitación laboral (mediante la orientación vocacional, técnicas de búsqueda

de empleo, entrenamiento en habilidades y talleres ocupacionales).

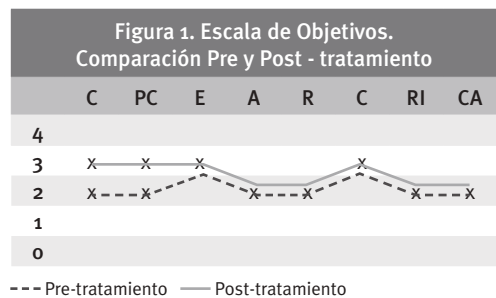
4. Discusión

Analizando la “Escala de Objetivos” (Ver Figura 1) podemos observar que se han obtenido cambios respecto a la “*Conducta*” y los “*Procesos cognitivos*”.

De una organización conductual básica, en la que aún se estaban trabajando la aparición de hábitos de higiene, comida y ritmos biológicos, el paciente ha conseguido alcanzar una continuidad conductual dando lugar a la aparición de conductas de autocontrol (tanto del dinero, como del tabaco, bebidas, sustancias o estilos de vida).

El cambio inicial y más marcado de estas escalas podrían verse explicados por el hecho de que en el momento que J.A inicio el tratamiento en la Unidad de Rehabilitación, presentaba una gran desorganización conductual, con problemas de regulación de procesos cognitivos básicos como la atención y la percepción.

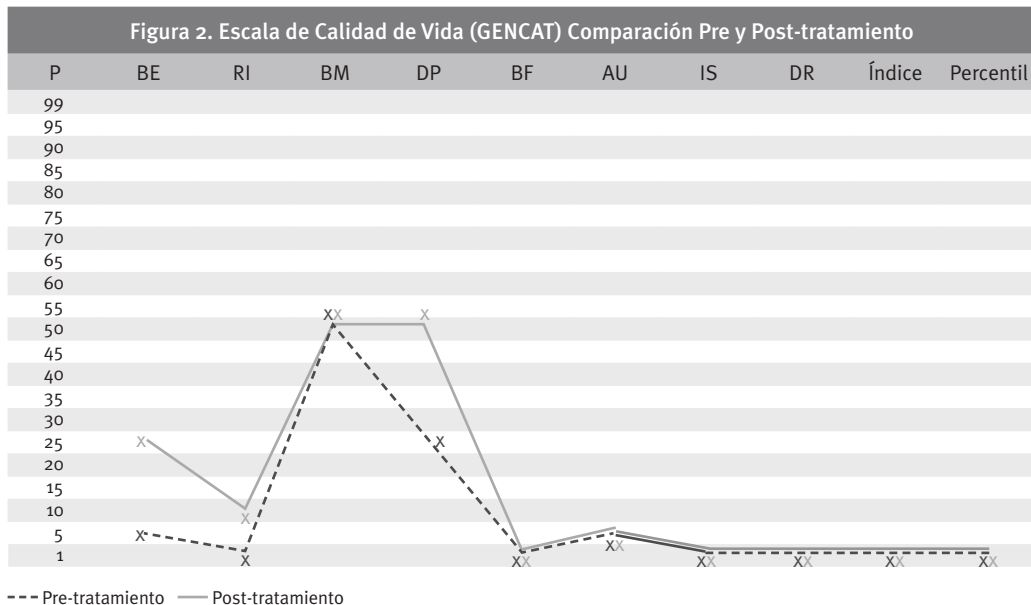
El resto de objetivos terapéuticos como el manejo emocional, el autoconcepto o los roles serían los siguientes a alcanzar, y serían imposibles de conseguir sin una adecuada organización a nivel conductual y cognitivo. Estas escalas no han presentado cambios a día de hoy.



Si nos paramos a analizar los datos obtenidos por la Escala de Calidad de VIDA (GENCAT) observamos que los cambios más importante han sido los obtenidos en “*Bienestar Emocional*”, “*Relaciones Interpersonales*” y “*Desarrollo Personal*”, encontrándose el resto de puntuaciones en el mismo nivel que en el pre-tratamiento. (Ver Tabla 3). Resultan de gran importancia los

avances logrados en estas áreas, ya que significan un avance en cuanto a la relación consigo

mismo y las relaciones con los demás, piedras angulares para avanzar en la recuperación.



La OMS en el año 2004-2006 propone la especial atención a la *ruptura o brecha* que supone para las personas y el entorno que la sufren, y la diferencia en la evolución y la mejora entre ser tratado de una manera adecuada y de una manera temprana o no (6). Por ello la mejora en los aspectos relacionados con “Bienestar emocional”, “Relaciones interpersonales” y “Desarrollo Personal” resultan de especial importancia, ya que influyen en aspectos relacionados directamente en la ruptura que señala la OMS.

El resto de escalas se ha mantenido en las mismas puntuaciones. Esto podría explicarse por distintas razones:

Para comenzar, el contexto ambiental del paciente no ha cambiado ya que este sigue ingresado en la Unidad de Rehabilitación, por lo que escalas como la de *Bienestar Material*, tiene poco margen de mejora. Realizar una intervención basada en la recuperación en una Unidad cerrada tiene sus limitaciones, ya que dificulta la puesta en marcha en la vida real de los aspectos a promover. Sin embargo como Farkas refiere, “la eficacia de las intervenciones realizadas no dependen tanto del contexto en el que sea realicen, ni de las técnicas

específicas empleadas, tanto como de la implicación del usuario en su propio proceso, la presencia de esperanza tanto por parte del usuario como de los profesionales encargados, así como del nivel del empoderamiento” (7).

La escala de *Bienestar Físico* tampoco ha obtenido modificaciones; la problemática respecto al cuerpo sigue presente (sensación de estar vacío por dentro, la creencia de que fallecería pronto), aunque de una manera atenuada. Escalas que se relacionan mucho entre sí como *Derechos, Auto-determinación e Inclusión Social*, tampoco han sufrido modificaciones y esto nos habla de que la intervención puede haber sido poco eficaz en esta área o bien que de manera explícita no se incidió en estos objetivos.

A pesar de los cambios observados, aún quedan pendientes cambios y mejoras.

Uno de ellos afecta no solo a J.A sino a una amplia mayoría de los usuarios con los que nos encontramos en nuestro día a día: la oportunidad de vivir con independencia en una vivienda propia. No es este uno de los objetivos concretos de este artículo, sí es sin embargo un tema recu-

rente de cara a la integración de los pacientes, ya sea considerado este como una prolongación de los cuidados sanitarios o como una intervención social para facilitar la integración en la comunidad y cubrir una carencia vital (8).

El segundo aspecto pendiente es conseguir una verdadera inclusión en la comunidad. Sayce (2001) definía la exclusión social como una combinación de factores que incluirían un bajo nivel de ingresos, dificultades de acceso a viviendas, complicaciones para participar de manera activa en la vida social y cultural, así como un nivel bajo de actividades (9). Nuestro paciente apenas participa en aspectos comunitarios, careciendo de trabajo, de actividades de ocio en la comunidad, o de relaciones significativas fuera del entorno hospitalario, siendo deficitario el proceso de inclusión.

5. Conclusiones

- 1) En general podríamos decir que se ha iniciado el proceso de recuperación de J.A, en el que nos

encontramos con grandes dificultades, algunas intrínsecas de la propia persona (la edad, su historia vital) y otras externas (dificultades del propio funcionamiento institucional).

- 2) Analizando el caso de J.A, observamos que los objetivos alcanzados teniendo en cuenta la Escala de Objetivos, hacen referencia a la "Conducta" y "Procesos cognitivos".
- 3) Las puntuaciones de la GENCAT mejoraron en las escalas de "Bienestar Emocional", "Relaciones Interpersonales" y "Desarrollo Personal".
- 4) Si analizamos los datos obtenidos podemos hablar de un inicio de mejora, con ganancias en el plano emocional y relacional.
- 5) Quedan aspectos aún pendientes como la inclusión en la comunidad y búsqueda de una vivienda que deberán ser abordadas en futuras intervenciones.

Contacto

Ione Esquer Terrazas
 Cuesta de San Blas, 22 - 2 C • 37002 Salamanca
 Tel.: 626 389 871 • ioneesquer@gmail.com

Bibliografía

1. Rodríguez Pulido F. La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave y prolongado. Sinpromi S.L. 2011.
2. García Cubillana de la Cruz P. El empoderamiento en Salud Mental. Societat civil i salut mental: camins per a la inclusió Barcelona. 2010.
3. FEAFES. Salud mental y empoderamiento. Punto de Encuentro nº 22, Julio 2009.
4. Schalock y Verdugo, 2003.
5. López Gómez D. La esquizofrenia una enfermedad en búsqueda de la educación. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. 2011.
6. Saraceno B. Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, 103, pp. 229-251, ISSN 0211-5735.
7. Farkas M, Gagne C, Anthony W & Chamberlain J. Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. Community Mental Health Journal.2005; 41(2): 141-158.
8. López Álvarez M, Lara Palma L, Laviana Cuetos M, Fernández Portes L y García-Cubillana de la Cruz P. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Archivos de Psiquiatría 2004; 67 (2): 101-128.
9. IMSERSO. Modelo de Atención a las personas con Enfermedad Mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007.



Otras referencias relacionadas:

- Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF y Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004, 92, 25-51.
- Rosillo Herrero M, Hernández M y Smith K. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (118) 257-271.
- Palomer E, Izquierdo R, Leahy E, Masferrer C, Flores P. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2010; 30 (105), 109-123.
- Laviana Cuetos M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros Trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología.* 2006; Vol. 24, número 1-3, págs. 345-373.
- Uriarte JJ. Rehabilitación psicosocial y asistencia a la enfermedad mental severa en el marco de las prestaciones de salud de los Sistemas sanitarios. *Rehabilitación psicosocial* 2004; 1(2):45-46.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness; a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24 (1); 37-74.
- Harris M, Bergman H, editors. Case management for mentally ill patients: theory and practice. Langhorne, PA: Harwood Academic Publishers, 1993.
- Silverstein SM y Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychological Reviews*, 2008; 28 (7), 1108-1124.
- Anthony WA y Liberman RP. The practice of Psychiatric Rehabilitation; historical, conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 1998; 12 (4), 542-559.

• Recibido: 02/01/2015.

• Aceptado: 05/02/2015.



PRE-OCUPACIONES

Los falsos montajes de *Hermano mayor* TV.

The false mounts of Hermano mayor TV.

Fernando Pérez del Río

Psicólogo • Burgos

No es la primera vez que denuncio un programa de TV. Hace tiempo se emitió otro, donde durante un mes, unas personas con problemas de drogodependencias eran tratadas y en vivo y en directo. En el programa había terapeutas y las correctas instalaciones estaban insertadas en una ambientación austriaca, tipo Heidi. Lo que enseguida llamó mi atención fue el título del programa: *Yo adicto*, un espectáculo televisivo que sin dilación adscribía al paciente a un significativo “*Adicto*”, estigmatizándolo desde el primer momento en esa categoría con lo que ello supone. Voluntariamente se hace público y se le impregna hasta el tuétano de ese semblante muy negativo, así que cuando vuelva a insertarse en la sociedad tanto el programa de TV como el paciente saben que casi todo el mundo lo señalará con el dedo, para que ahora y siempre se recuerde que él es un adicto y que estuvo en una especie de Gran Hermano para drogodependientes amaestrados.

Ante esta situación a uno le surgen multitud de preguntas ¿Qué es lo que ocurre cuando el síntoma tiene que ver precisamente con ser el centro de atención, con buscar protagonismo? Sabemos que en no pocas ocasiones el afecto está vinculado a esa necesidad de protagonismo-reconocimiento, un protagonismo efímero que nunca llega a colmarse y que tiende a repetirse.

Según Eva Illouz (1), profesora en Jerusalén, la modernidad hay que entenderla también como el periodo en el que aparecen con fuerza social las emociones y, en consecuencia, las narrativas terapéuticas. A través de la industria publicita-

ria, de los *talk show*, de los libros de autoayuda o del propio discurso terapéutico los consumidores se convierten en pacientes, en objetos públicos dispuestos a ser expuestos, analizados, discutidos y valorados. Las emociones privadas constituyen espacios públicos. ¿Pero dónde están los límites?

Según el psicoanalista Manuel Fernández Blanco (2), hasta no hace mucho tiempo la fama se unía al prestigio, por eso se podía tener buena o mala fama. Actualmente, la fama se ha independizado del prestigio y ha pasado a ser un valor en sí misma. En relación a los famosos y las drogas, nos ha sorprendido, y no hace mucho tiempo, que la misma ONU, por medio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE, ha llamado la atención a estas personas “famosas”, como mal ejemplo, afirmando que trivializan el problema de las drogas, etc., sea como fuere, un buen tirón de orejas.

Tampoco es la primera vez que un programa de TV es cuestionable éticamente. Por ejemplo, en el programa *Escenas de matrimonio*, sistemáticamente se realizaba maltrato psicológico. Sí, ya sé, era un programa de humor, pero por mucho que nos hiciera gracia, entre chiste y chiste podíamos oír una retahíla de descalificaciones, insultos y humillaciones sin parangón alguno. Curiosamente, pese a tanta normativa legal, nadie se quejó. En fin, como aseveró Séneca en *Cartas a Lucilio* (3), “algunos de tal manera se han acostumbado a las tinieblas, que juzgan que está en tono confuso cualquier cosa que se halle en plena luz”.

Desde hace algunos años vemos que en los programas de TV gana terreno todo lo terapeutizado, las historias personales, la confesión catártica de culpas tipo purgante en riguroso directo. Pero aunque esté de moda, no quiere decir que todas las técnicas “psi” que se aplican sean correctas e incluso éticas, la iatrogenia también deriva de una mala técnica.

En cuanto al programa *Hermano Mayor* debo apuntar que tiene muchas virtudes y que el diligente presentador irradia una energía envidiable a la par que posee algo tan necesario en este campo como la capacidad de contención, e incluso, si me apuran, el diseño del programa y la justa presión ejercida tiene como consecuencia generar *insight* en los chicos, es decir, se dan cuenta y les hace conscientes de lo que están haciendo, pero lo más positivo de la emisión es que trate la violencia intrafamiliar tal como es, ciertamente la violencia puede ser dirigida de un nieto hacia su abuelo, entre hermanos, puede ser ejercida en múltiples direcciones.

En España la ley de protección a la mujer nos ha hecho creer “falsamente” que solo existe la violencia de género, es decir, cuando hablamos de género pareciera que solo es posible la agresión física o psíquica de un hombre contra una mujer. Así que debemos felicitar al programa *Hermano Mayor* por reflejar la violencia intrafamiliar, un concepto que se aproxima más a la realidad.

Pero asimismo, pese a estos aciertos, debo señalar que el programa promueve el gritar como desahogo, el romper, etc. Dos ensayos clínicos aleatorizados muestran que los pacientes que hicieron este tipo de tratamientos “experimentales” estaban más deteriorados que los que no recibían tratamiento alguno o los que realizaban otro alternativo. Los resultados sugerían que liberar la rabia contenida (sobre todo en pacientes con problemas de impulsividad) incrementaba la hostilidad de los pacientes en su vida cotidiana (4). Dicho de otra manera, esas técnicas empleadas por dicho programa pueden incluso empeorar a los pacientes.

Hace un tiempo me contaron de primera mano de un joven conflictivo, vecino de un pueblo de unos dos mil habitantes, que estuvo en el programa de *Hermano Mayor*, por motivos obvios

no podré revelar el nombre y el lugar donde se rodó; y como era de esperar, el programa está medio amañado: el joven hacía que se despertaba por la mañana cuando eran las tres de la tarde, era gravado unos minutos de viaje en coche (momento donde suelen hacer una especie de confesión) y tras estos minutejos, Pedro García Aguado, el *hermano mayor*, se cambiaba de coche (aunque en la serie parece que juntos realizan un largo viaje). Las escenas estaban “medio” teatralizadas, y al joven se le pide una especie de *role playing* semi real rodeado de un equipo de cámaras que ruedan las agresiones los golpes y los insultos dentro de una discutible neutralidad.

Pues bien, el pueblo entero de dos mil habitantes estaba expectante de visualizar el capítulo de *Hermano Mayor*, incluso adquirieron una pantalla gigante para que todos pudieran tener la oportunidad de ver el programa, la consecuencia inmediata tras la emisión fue que dicho joven se hizo muy famoso y popular en toda la comarca. Pregunté qué era de él ahora, un año después de la mítica emisión, y me contestaron que fue a peor, estando ahora ingresado en un centro de menores. El lector sabe que lo que acabo de contar de este joven corresponde ponerlo entre comillas y debe ser considerado incluso como una anécdota.

Tampoco entraré en lo que supone vender las miserias humanas, la carnaza y contemplar los problemas ajenos para fomentar la cultura *enjoy* a la que pertenecemos.

Pero lo que sí es pernicioso es dar fama y popularidad al agresivo, lo que sí es perjudicial es realizar técnicas expresivas-emocionales y entregar, para tal efecto, un martillo al joven para que golpee a la par que grita a sus padres que están a unos escasos metros, lo que no funciona son esos cambios rápidos y milagrosos, y puede que en alguna ocasión algún colega psicólogo haya tenido esos éxitos, todos los hemos tenido, pero la tozuda realidad es que los cambios son lentos y progresivos, los procesos de cambio en las familias son parsimoniosos y más cuando está en juego la identidad. Cuando se trata de modificar las conductas y entender los aspectos subjetivos que subyacen al problema no hay soluciones rápidas. Lo que tampoco funciona ni es recomendable es “realizar intervenciones generadoras

de confrontación o la interpretación demasiado pronto” (5), cuestiones que se hacen en el programa continuamente, y no es de recibo que no se trabaje casi nada con los padres que general-

mente suelen ser ausentes y las madres sobre implicadas y dependientes. En fin...

Bibliografía

1. Illouz E. Intimidaciones congeladas (discusiones). 2007, Amazon.es
2. Fernández M. La fama, pecado mortal. 2009, 05 de julio. Extraído de la dirección: http://www.lavozdegalicia.es/opinion/2009/07/05/0003_7829049.htm
3. Séneca L. Cartas a Lucilio. Juventud, 2012, 4ª Ed.
4. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychology Science*, 2007; 2. 53-70.
5. Fernández-Liria A y Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapéuticas. Bilbao: Descleé de Brower. 2002.

En la búsqueda del otro.

In search of another.

Raúl Velasco

Escritor • Barcelona

“Si bien se mira, todo es narración. Desde la infancia nos vamos configurando al mismo tiempo como emisores y como receptores de historias, y ambas funciones son estrechamente interdependientes, hasta tal punto que nunca un buen narrador creo que deje de tener sus cimientos en un niño curioso, ávido de recoger y de interpretar las historias escuchadas y entrevistas, de completar lo que en ellas hubiera podido quedar confuso, abonándolo con la cosecha de su personal participación. El desarrollo de nuestras aptitudes narrativas depende así, en gran medida, de cómo hayan sabido espolpearlas en esa edad primera los buenos narradores de nuestro próximo entorno, encargados de atizar y mantener encendida la llama de la santa curiosidad infantil, y a quienes, de una manera más o menos consciente, hemos envidiado y tomado por modelo”.

(Carmen Martín Gaité. *El cuento de nunca acabar*. Del capítulo 8, “El Gato con Botas”)

Resulta un tópico relacionar genialidad y locura, creación desbordada, pulsional, sin cauces que puedan contener la fuerza titánica de la pasión y de su culto obsesivo. Locura como temerario abordaje de lo oculto, de aquello que permanece en el interior, en ese terreno delimitado por lo inefable, supurando en forma de síntomas, partiendo el lenguaje en un ejercicio constante de subversión a la vida y a la muerte, a los sentimientos, a las conductas y las normas estable-

cidas en su normalizada arbitrariedad. Locura como atlas de lo ignoto, únicamente porque parecería que no alcanza el lenguaje, porque los significantes se transforman y se elevan hacia universos improbables, abandonando la mundana literalidad y despojándose de sus mundanos ropajes en un afán de ser, de trascender, de revelarse absoluto, porque sólo lo absoluto puede asemejarse con ciertas formas de sufrir.

En este campo, el del sufrimiento, todos los seres humanos tenemos experiencia. El sufrimiento suele ser la asignatura principal en la universidad de la vida, aquello que nos hace aprender de la peor forma y madurar, en ocasiones, hasta pudrirnos. Frente a este hecho se han elaborado las metáforas más peregrinas, alrededor de las cuales se han establecido las disciplinas psicoterapéuticas.

Durante la segunda mitad del siglo XX, abandonadas las metáforas terapéuticas de corriente más psicoanalíticas como la que presentaba al ser humano (con el hombre como modelo) siendo éste producto de una dinámica de fuerzas, que luchaban por la expresión de los impulsos frente a la represión de los mismos, y, superado el mecanicismo cibernético que comparaba el cerebro humano con la CPU de un ordenador, una computadora reprogramable, nos encontramos con el apogeo de una corriente constructivista, donde la realidad es modificada constantemente por el observador y su forma de mirar. Una mirada sobre el sufrimiento que pone el foco en el individuo y en la construcción de su soledad, en las diversas formas de sobrellevar la soledad y el

duelo ante las pérdidas que conlleva estar vivo y proyectarnos en nuestros deseos.

Obviando el hecho indiscutible de que la injusticia y la desigualdad social -por desgracia cada vez más generalizadas- influyen y en demasiadas ocasiones determinan el desarrollo de los seres humanos, lastrando sus posibilidades de cambio y de evolución según unos cánones de bienestar económico, sanitario y educativo, es en este territorio, donde los hombres y las mujeres construyen su soledad, donde el lenguaje y su uso literario ejercen de puentes que exorcizan el aislamiento y fijan aquello que nos atora, sacudiéndolo fuera del campo de lo no-dicho.

Es por esto que se empezaron a establecer talleres de creación literaria terapéutica, donde se invitaba a los usuarios de los mismos a estructurar narrativas alrededor de su sufrimiento y las causas del mismo. Talleres surcados por una ideología de la enfermedad, que miraban el sufrimiento mental como aquello que había que curar, y que como por arte de magia el acto literario fuera a ayudar a extirpar la úlcera que provocaba la disfunción y el trastorno. Quizás como en la relación que tuvieron el editor Jacques Riviere y el poeta Antolin Artaud, y que ya desarrolló mi querido Martín Correa Urquiza, el pasado lunes, no se trata de curar a la persona, sino de desenfermarla, de interpelarla, de ubicarla en el lugar de lo normal, de abrazarla, de historizarla, de acompañarla, de cuestionarla, de sufrirla, de generar conjuntamente un espacio que posibilite el pensarse más allá de una identidad exclusivamente enferma.

No se trata de curar porque hay formas de ser y estar en el mundo que por mucho que se considere una enfermedad, no lo son, y si lo son deben ser incurables, como lo son los espíritus irreductibles. Se trata por tanto de salvar a esa persona, de darle nombre y obra, cauces donde contener las mareas de su creatividad. Una identidad que evite la auto-exculpación que conllevan las categorías patológicas, que posibilite un ser, más allá del requiebro y la pirueta, más allá de la fractura, donde reconocerse y ser reconocido en tanto otro, abandonando la perversa deriva del anonimato interior.

Es por ello que la construcción de narrativas debería huir de cualquier espacio clínico, porque si

alejas la literatura de la salud, puedes conseguir salud y verdadera literatura, la que surge del alma de forma pulsional, sin ambages, corsés, ni demás condicionantes que talan la libertad expresiva del escritor. Desgraciadamente se ha confundido en demasiadas ocasiones la construcción de narrativas terapéuticas con la construcción literaria. Las distintas disciplinas y escuelas de la ciencia psi defienden una serie de herramientas como método válido de construir un relato que resulte sanador al hacer consciente lo inconsciente o lograr modificar la conducta en lo real, desde el momento en que da explicación y genera en el paciente un fenómeno de Insight. Me resulta cuanto menos curioso como todos estos métodos, que en no pocos casos resultan contradictorios e incluso antagónicos en un plano teórico entre sí, son defendidos como el método legítimo del saber, aquella que permite dar explicación a la condición humana y a sus misterios. En mi opinión si se quiere conocer los recovecos del alma humana uno sale ganando si lee la novela del s. XIX, a Dickens, Balzac, Stendhal, Dostoievsky, Tolstoi, Galdos, Víctor Hugo, por nombrar unos pocos, quizás, los más relevantes.

Además, de alguna manera, la mayoría de las grandes obras de la literatura abordan la locura de forma directa o indirecta en tanto ésta, la locura, se pudiera entender como la exaltación de las pasiones humanas, el sufrimiento y la angustia, por salirse sus protagonistas de lo considerado normal. Incluso me atrevería a decir que no sólo abordan la locura sino su superación. Más allá de que la mayoría de obras se estructuren desde el sentido del viaje. Quiero decir que podría deducirse que la mayoría de argumentos se reducen a la llegada de Pepito a un lugar o la marcha de Menganito en busca de aventuras. En ese viaje o en esa llegada el protagonista ya sea héroe o antihéroe se irá encontrando con aquellas personas y situaciones que le permitirán crecer como persona, pasando en no pocas ocasiones por momentos donde su comportamiento dista mucho de lo sensato, lo saludable y lo socialmente permitido, cuando no se hallen enteramente sumidos en el más absoluto delirio o en la más profunda melancolía.

¿Cuántas veces el protagonista, sobre todo en la tradición del héroe literario es aquel elegido capaz de enfrentarse a las más duras pruebas, al

escarnio, la tortura, los engaños; pruebas que lo sitúan al límite de sus fuerzas y sus capacidades, que en no pocas ocasiones les hacen trastabillar y perder la esperanza? Su condición de héroe se gana precisamente por su capacidad de superar todos esos obstáculos. Quizás el ejemplo más paradigmático de lo que estoy explicando sea el Ulises de Homero, en cuya odisea particular se enfrenta a la muerte y a sus propios miedos, a aquellos monstruos que hubiesen acabado con cualquier otro, y que no son otra cosa que representaciones de aquellos peligros que corría el ser humano de la época y lo alejaba de la sabiduría y la felicidad y, que por otro lado, en la mayoría de los casos, sigue alejando al ser humano actual por mucho que se disfraza con el sofisticado maquillaje de la tecnología y el supuesto progreso. El delirio de Ulises al escuchar el canto de las sirenas, su amnesia al reposar junto a Circe, serían síntomas inducidos por enemigos reales, situados en el campo de lo real, si entendemos el transcurso de una historia como la realidad a la que están sujetas sus personajes, algo muy alejado de la visión biologicista que triunfa hoy en día y que reduce el sufrimiento humano a simples alteraciones de la bioquímica cerebral sin tener en cuenta lo social y lo biográfico. Pero claro, toda esta visión del crecimiento humano no deja de ser producto de la subjetividad de Homero y de lo socialmente establecido en la Grecia del siglo VII a.C. Ni que decir tiene que si a día de hoy un hombre se va a la guerra, abandonando a su mujer y a su hijo, y no vuelve hasta al cabo de 20 años, cuando al fin regresa a su Ítaca se encontraría con una demanda de divorcio y una más que presumible cornamenta digna de un mamut del pleistoceno.

Por otro lado, sobre las historias de llegadas, por regla general podríamos hablar de un personaje que llega a un lugar y lo transforma o acaba siendo él el que es transformado por el lugar. En no pocas ocasiones tanto el lugar como el protagonista se van transformando simultáneamente. Ejemplos que me vienen ahora mismo a la cabeza serían Robinson Crusoe, Pedro Páramo o Hamlet. Me detendré brevemente en éste último.

Hamlet vuelve a Elsinor al enterarse de la muerte de su padre. En este caso resuelve volverse loco o fingir su locura como estrategia para vengar el asesinato de su progenitor. Me parece interesan-

te esta historia, entre otras cosas, porque la locura del príncipe de Dinamarca tiene en cuenta la decisión, la voluntad de enloquecer, de abandonarse a la locura, dejándose arrastrar por los lúgubres senderos del rencor y la sed de venganza. Esto contradice o al menos matiza los supuestos mecanismos inconscientes que nos llevan a enloquecer y sobre todo a la tesis dopaminérgica que mania a los pacientes al suponer que éstos no son capaces de manejar sus propios síntomas. En la misma obra encontramos otro ejemplo de locura. Ofelia, seguramente el personaje más amable de la trama, se quita la vida incapaz de superar el asesinato de su padre en manos de su amado, recordándonos las limitaciones humanas cuando somos estirados en direcciones contrarias por fuerzas opuestas: ama a Hamlet, pero éste mató a su padre, por lo que debe odiarlo; la dicotomía amor-odio impediría por tanto a Ofelia hallar consuelo, un lugar en el mundo que la ampare, un lugar amable donde superar la tristeza generada por el doble duelo que supone la muerte del padre y la pérdida de su amado. Ofelia se abandona a su locura hasta morir, porque todas las personas necesitamos de un otro que nos sostenga, que nos sujete en momentos de angustia, que nos permita creer que más allá de la violencia y el tremendo absurdo que resulta la existencia humana, podemos darle un sentido a la misma, aunque éste sea una mera construcción basada en la proyección de nuestro deseo. Al fin y al cabo un hombre o una mujer solos no son nada, son la nada tras la puerta.

Capítulo aparte ocupa la historia del loco más famoso y tierno de la historia de la literatura. Hablo de Don Alonso Quijano. El viaje que emprende el bueno de Don Quijote junto a Sancho es una búsqueda del propio sentido. Como dice el antropólogo Ángel Martínez “la locura no se opone a la razón, sino al sentido común, a un común compartido, a una convención social que por compartida no deja de ser igual de arbitraria. En ese marco el loco emprende la búsqueda de su propio sentido común”. Cuánta verdad hay en las palabras del Quijote, cuanta sabiduría comparte con su leal Sancho, hasta el punto en que éste último llega a admirar a su amo.

Como el científico busca lo común en lo diverso y separa lo esencial de lo superfluo: Sancho Panza busca respuestas sensatas a los disparates

de Don Quijote. Y no hay nada más sensato que ante un Quijote cuerdo y moribundo, intentar espolpearle con estas palabras:

- ¡Ay! -respondió Sancho, llorando-: no se muera vuestra merced, señor mío, sino tome mi consejo y viva muchos años, porque la mayor locura que puede hacer un hombre en esta vida es dejarse morir, sin más ni más, sin que nadie le mate, ni otras manos le acaben que las de la melancolía. Mire no sea perezoso, sino levántese de esa cama, y vámonos al campo vestidos de pastores, como tenemos concertado: quizá tras de alguna mata hallaremos a la señora doña Dulcinea desencantada, que no haya más que ver. Si es que se muere de pesar de verse vencido, écheme a mí la culpa, diciendo que por haber yo cinchado mal a Rocinante le derribaron; cuanto más, que vuestra merced habrá visto en sus libros de caballerías ser cosa ordinaria derribarse unos caballeros a otros, y el que es vencido hoy ser vencedor mañana.

Estas palabras esconden una doble lectura, como dijo Montalbán: Cuando Sancho propone a Don Quijote continuar la aventura es porque sabe que si Don Quijote no existiera también él dejaría de existir. Pero para el tema que nos ocupa lo que da sentido a la vida de ambos son sus locas aventuras, sin ellas la vida deja de ser un lugar habitable, por lo que sólo cabe esperar la muerte. El delirio de don Quijote cumple una función auto-curativa, como diría Freud es un intento de darle cuerpo al deseo, huyendo del malestar y el absurdo de una sociedad abominable. Sin ese delirio que focalizaba el deseo de Alonso Quijano que le daba una identidad, un lugar, un nombre y una narrativa, la existencia de éste se colma de vacío.

La actitud de Sancho resulta llamativa además por lo difícil que resulta imaginar al cuidador de una persona diagnosticada espoleando el delirio. La mayoría de cuidadores toman un papel castrador o paternalista, igual que el mismo Sancho al principio de la obra, demasiado ocupados en mantener el frágil sustento que aguanta sus rutinas) se alarman -porque lo incomprendible está codificado para ser alarmante, peligroso y objeto de temor- ante la imposibilidad de entender de donde vienen estas conductas extrañas, que han erupcionado partiéndolo todo: estructuras, len-

guajes, significados, sentimientos, relaciones, etc. En la vida real, esta situación es mucho más hiriente, pues es muy difícil explicar cuales han sido las causas reales que llevan a una persona a perder la cabeza. Ante la falta de explicaciones sólo cabe la incompreensión o la empatía, siendo la segunda muy difícil de encontrar por lo extraño de la experiencia psicótica.

Me gustaría que se entendiera bien lo que estoy intentando decir. Estoy reivindicando el derecho a enloquecer sin ser por ello rechazado, estigmatizado, discriminado, castrado o drogado con sustancias neurotóxicas de venta en farmacias. No quiero decir tampoco que no necesitemos ayuda durante los peores momentos de una crisis.

Simplemente apuntar, más adelante ya desarrollaré un poco más este tema, que la ayuda que se suele dar en occidente se aleja mucho de lo que realmente necesitamos.

Aquello que tenemos en común la mayoría de personas que hemos pasado por una experiencia de extremo sufrimiento mental es el sentirnos profundamente solos. Es una soledad descarnada, hiriente, vertiginosa, que nos sitúa a la deriva en un mundo que nos hace zozobrar al no hallar tabla de salvamento ni cuerda de riel a la que asirnos. En ese marco nos aferramos al delirio y su certeza como si fuera el único pilar capaz de sostener la realidad, para que no caiga sobre nosotros aplastándonos. Como Ulises, como Hamlet, como Ofelia o El Quijote necesitamos poner palabras a todo ese magma, construir una narrativa, alrededor de lo que estamos viviendo, que lo haga comprensible, que le dé un lugar en este mundo, para así poderlo compartir sin miedo. Porque lo peor de la locura no es su proceso, ni sus síntomas, sino la tremenda dificultad que tenemos en ocasiones las personas para explicar con precisión lo que estamos sintiendo. En cuantas ocasiones sentimos los seres humanos que el lenguaje no alcanza para explicar aquello que nos azora, como de aterrados nos sentimos cuando no sabemos explicar los fenómenos que estamos sintiendo en nuestro interior. No es el delirio, ni la obsesión, ni la manía, ni la más profunda tristeza lo que nos invalida, es el aislamiento social, el rechazo, lo que nos aleja de un otro que nos contempla sumido en la extrañeza.

Es por ello que la literatura resulta una maravillosa forma de fijar todo aquello fuera del campo de lo inefable. Personalmente creo que todo escritor escribe, entre otras cosas, para exorcizar su propia locura.

Podría decirnos que escribo y ponerme poético, responder que es mi particular forma de volar, religioso y explicaros que al enfrentarme al folio en blanco me gusta jugar a ser dios, biólogo y confesaros que vivo de la palabra de forma parasitaria, analista y contaros como al escribir doy rienda suelta a lo que reprime mi inconsciente, y un largo etcétera. Lo cierto es que si he llegado a ser escritor es porque estoy enganchado desde hace mucho al antiguo arte de contar historias. Esto es así porque desde hace mucho, mucho tiempo, he tenido el privilegio de ser receptor de pequeñas y grandes historias que me han ido moldeando tal y como soy hoy en día.

De niño, mientras devoraba fascinado casi todos los libros, cómics y películas que caían entre mis manos, soñaba que algún día pudiera generar en alguien las mismas inquietudes que conseguían mantenerme atrapado a la historia, hasta el punto de retar -con el riesgo de ser reprendido duramente- las ordenes maternas de apagar la luz e ir a dormir; hasta que acabara el capítulo aquí no se apagaba nada, ni la luz ni mi mirada. Mi obstinación estaba más que justificada. Aquellas historias de supervivientes en islas desiertas, de héroes que se enfrentaban a la muerte por conseguir un beso de su amada, de personas que se transformaban en insecto de la noche a la mañana, eran la compañía más fiel y el consejero más preciso para un chico solitario como yo, con la cabeza llena de sueños y preguntas sobre lo que le rodeaba. Para mí, desear ser escritor era la forma más natural de devolverle a los libros una pequeña parte de aquello que me habían regalado desde bien pequeño.

Ahora mediando la treintena puedo afirmar que el tiempo y tantas lecturas me han aportado oficio, que a falta de un mayor talento o inspiración, me permite resolver ciertos obstáculos que se presentan cuando el flujo de la narración se atora y a uno le entran ganas de abandonar. Como pasa también en la vida uno se las tiene que ingeniar para no dejarse arrastrar por el desánimo, respirar hondo, fumarse un cigarro o tomar un

té, dar un paseo, echar un polvo, para distraer a ese mal consejero que todos llevamos dentro y que pretende disuadirnos con dudas y miedos de que persigamos nuestros sueños, mientras decidimos qué camino nos sacara de este entuerto: ¿a la izquierda o a la derecha de esa vieja fuente?

En realidad no hay nada que pase en la vida que no pueda ser narrado, que no pueda adquirir la dimensión epopéyica de una Odisea. Recuerdo que con 4 años un día que mi abuela estaba enferma me envió a comprar una barra de pan solo. Estábamos en un pueblo muy pequeño y todos me conocían, por lo que se podía decir que tenía tantos cuidadores como vecinos. Pero lo cierto es que todo eso a mí me importaba más bien poco. Era un niño confiado y me habían asignado una misión. Por lo que allí fui a la aventura, con mi capa de superman y mi espada de madera en una misión que veía digna del mismísimo Llanero Solitario. Me enfrenté a moscas como aviones, a un perro con fauces infernales y a la mirada sanguinolenta de una hechicera que vivía justo al lado de la panadería y que quiso invitarme a un dulce. Cuando regresé a casa de mi abuela con la barra de pan era un niño feliz. Aquel día comprendí la importancia de tener una misión en la vida, algo que guíe nuestros pasos, una ilusión que nos motive a seguir adelante sin temor.

Este aprendizaje se volvió imprescindible en algunos momentos de mi vida en los que el sufrimiento mental parecía que fuera a hacer zozobrar todo aquello que me había sostenido en el mundo, aunque fuera sujetándome a la fantasía y la imaginación. Curiosamente, ahora que todas aquellas experiencias quedan tan atrás, puedo decir que quizás me ayudó a superar aquellas circunstancias el hecho de que jamás perdí la esperanza de alcanzar mis sueños. Porque incluso cuando la presión de las camisas de fuerza químicas me ahogaban y no me permitían hilar cuatro ideas seguidas, la literatura, el acto ritual de ponerme escribir me permitía reconciliarme con quien realmente era. Alguien que tenía mucho que contar.

En medio de un sistema de salud castrador de voluntades y discursos, la complicidad del folio en blanco me permitía interrogarme con honestidad, a desnudarme ante el espejo de la palabra sin miedos ni ambages. Lo que tenga que salir

saldrá. Lo importante, lo verdaderamente importante era y es conseguir detener ese run-run que a veces se me instala en la mente, como si ésta se viera sacudida por una tempestad capaz de hacer naufragar al marino más experto. En esos momentos, el hecho de fijar con palabras fuera del campo de lo inefable, aquellas emociones que me sacuden consiguen un efecto balsámico. En demasiadas ocasiones lo que realmente nos hace sufrir no es tanto la emoción en sí misma, sino la narración que la acompaña. Por eso es tan importante ser fiel a uno mismo a la hora de construir cualquier relato, y más si se pretende que éste sea leído por terceros y cuartos. Al fin y al cabo en toda narración o poema se esconde la personalidad de una persona que necesita compartir aquello que le ha hecho emocionar. Es esa emoción la que nos hace empatizar con aquello que leemos, es esa emoción la que hace que empaticen con aquello que escribimos. Porque más allá de la validez de una narrativa concreta, todas y cada una de ellas sirven para lo mismo, para sentirnos menos solos, para comprendernos, para consolarnos. Los profesionales del mundo Psi llevan casi dos siglos buscando esa ecuación que defina el alma humana, y, olvidan -como están demostrando los últimos avances en neurociencia- que el resultado es indeterminado. Que resulta hasta cierto punto absurdo hablar del ser humano como especie, pues si algo nos caracteriza es la singularidad.

Podemos hablar de ciertas personas, y de ciertas formas de mirarse y mirarlos, de las múltiples maneras que nos aporta el lenguaje de explicar su historia, una historia que ante todo conoce su protagonista, y que por mucho que se vista al observador con los más académicos ropajes, esto es algo inamovible. Como mucho -que no es poco- la mirada del observador puede llegar a modificar la realidad condicionando desde su punto de vista el relato y su construcción, pero esto es más una prueba de la inconsistencia, del vacío, de la permeabilidad hacia distintos discursos, que poseemos las personas, tan ocupadas en encontrar las palabras y los roles que al fin nos identifiquen. La esencia humana se basa en esa búsqueda de cierto equilibrio -a veces desequilibrado-, caminante no hay camino se hace camino el andar que decía Antonio Machado. Todas las metas, todos los objetivos que nos marquemos como individuos están motivados por

la necesidad que tenemos de sostenernos en el abismo del sinsentido, el absurdo cosmogónico de un universo cruel y caótico en el que estamos suspendidos sin causa conocida. Todas nuestras creencias y todas nuestras certezas sólo son una forma más o menos torpe de poner orden en ese enredo sin fin. Hay poetas como el mismo Artaud (Correa Urquiza, 2010) que al mirar cara a cara al sinsentido del que estoy hablando se quedarán para siempre atrapados en una deriva infinita (Pessoa, 1921), aferrándose a las viscosas paredes del lenguaje, como única respuesta al caos que percibía. No hay intención de escapar de la trampa de la duda, desde el mismo momento en que no hay con quien compartirla. Hablo de la trampa de la duda, del conflicto con la incertidumbre, del estallido del desasosiego. Porque existimos desde el momento en que otro piensa en nosotros y no al revés. El teorema cartesiano del cogito, ergo sum, habría que modificarlo por cogitare nos, ergo sum, nos pensamos, luego existimos.

De todo lo que podemos tener en común aquellas personas que hemos pasado por una experiencia de grave sufrimiento mental es una profunda experiencia de soledad. Una soledad que nos atrapa en la certeza, que nos inculca el germen del aislamiento al saber que no vamos a ser comprendidos, que por mucho que lo intentemos -cuando lo hacemos- sólo recibimos incompreensión y rechazo, segregación del grupo, exclusión. Es en esos casos cuando la búsqueda de un interlocutor ideal (Martin Gaité, 1978) se vuelve perentoria. Como decía la autora salmantina: “Cuando vivimos, las cosas nos pasan, pero cuando contamos las hacemos pasar”. Al contar nuestra historia estiramos del hilo de la madeja de la misma, hilamos el tapiz que le da forma y contenido, recordamos, anudando los distintos hechos y sensaciones, porque a la vez que la contamos a un otro atento nos la contamos a nosotros mismos, le damos un orden.

“Un antes y un después que la hacen real. Al fin y al cabo, las cosas nunca son de una manera o de otra; sólo son como nos las contamos. Somos en función de nuestro interlocutor”.

Bajo esta premisa queda clara la responsabilidad del observador como puente hacia la salud o hacia la enfermedad. Como según el enfoque

que imponga el observador se puede promover una forma naturalizadora de entender el sufrimiento mental como algo propiamente humano o, por el contrario, formar parte de los engranajes de la patologización de la sociedad. No resulta baladí desde el momento en que el sistema de salud actual, focalizando el problema únicamente en la paliación de síntomas y no en la reestructuración de la subjetividad identitaria, parece más una industria de la enfermedad que un sistema generador de salud. Con naturalizar no me refiero a negar, sino a realizar un acto de no segregación, ni destierro de los espacios más comunes y cotidianos de la comunidad, un acto de responsabilización del propio relato. El sufrimiento mental es vivido por todos y cada uno de los seres humanos en algún momento de sus vidas; la culpa, la melancolía, la tristeza, el duelo, la obsesión, la manía, el delirio, son, básicamente, percances de ser humano, y no en pocas ocasiones percances de ser buena gente. Esta sociedad hipernormativizada, hasta el punto de la normopatía, castiga con la exclusión a aquellas personas que muestran ciertas dificultades para integrar una realidad que agrede de forma cruel a sus individuos. ¿Realmente queremos vivir en un mundo sin sentimientos, ni memoria, sin sueños, ni ilusiones?

Con la perspectiva que nos da la crisis actual, donde la pobreza, la desnutrición, el desamparo, la soledad y la desesperación que se desprende de los desahucios, el paro, el no llegar ni a mitad de mes, la falta de perspectivas, etcétera, la cultura debe ser una herramienta que nos invite a imaginar colectivamente un futuro mejor, que acerque el sufrimiento humano a aquellas personas que no lo han vivido con ese grado de intensidad o desestructuración, que universalice la diferencia, las diferentes diferencias que, en ocasiones, somos y que promueva el encuentro y la colectivización de los cuidados.

Del mismo modo que la ciencia psi tuvo que luchar por desinstalar del dogma y de la certeza a una sociedad oscurantista devota de dios y de María, para aportar una nueva mirada más rigurosa sobre los problemas humanos, hoy es desde el humanismo, desde la flexibilidad, desde la escucha y el acompañamiento, desde la empatía y la comprensión, desde el cuestionamiento y la autocrítica desde donde se puede ayudar a

desinstalar a una ciencia que se ha convertido en la nueva religión, desacralizarla para poder acercarla así de nuevo al ser humano y a sus angustias y sus heridas. Ni que decir tiene que un antidepresivo o un ansiolítico no le va a devolver su casa a alguien a quien han desahuciado, ni pondrá un plato en la mesa para que sus hijos o ellos mismos puedan comer. Desgraciadamente se lleva demasiado tiempo asociando sufrimiento mental y patología mental, como si una y otra fueran el mismo fenómeno. No se entiende la problemática mental sin una cierta dosis de sufrimiento, pero sufrir no implica necesariamente que exista un trastorno de base. Se lleva demasiado tiempo diagnosticando con etiquetas psiquiátricas problemas de índole social, económica, sentimental, existencial, familiar, laboral, biográfico, etcétera; reduciendo el problema real a sus consecuencias sintomáticas en la persona afectada, de la que poco importa su historia, su entorno, sus circunstancias; una canallada, en definitiva, cuando toda conducta humana es reducible a la categoría de síntoma, que invita a la confusión al trasladar el foco del sufrimiento de una sociedad enferma al cerebro. Estar desamparado es en realidad el síntoma del fracaso de todos como sociedad al no poder generar colectivamente los recursos necesarios para sostener el sufrimiento de nuestros familiares y vecinos. Es el fracaso del individualismo y el consumismo que nos impide acercarnos a los demás de forma altruista. El hecho de que en el tercer mundo gracias a los lógicas que rigen sus comunidades se recupere el doble de afectados de un brote psicótico (OMS, 2010) que en Occidente es una prueba palpable del enorme desperanto que sin querer promovemos al patologizar ese desamparo en una piroeta rocambolesca y execrable. En otras palabras: “Los problemas colectivos del malestar se convierten en un problema de salud personal, en un conflicto privado. El sufrimiento individual, resultado de una contradicción social, aparece oculto en el momento que este sufrimiento es confinado en un espacio técnico-sanitario, aparentemente neutral. Tanto el neoliberalismo como cierta ideología psiquiátrica y psicológica coinciden en esta tendencia a ocultar los problemas sociales detrás de los sufrimientos personales. Se propugna un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos y realidades que son mucho más complejas y se empañan

otras perspectivas que explican mejor y de forma más global el sufrimiento de las personas.” (Ortiz Lobo, 2013).

El crecimiento por tanto partiría de la conciencia colectiva y de una revolución que lleva retrasándose demasiado tiempo. Es desde el encuentro desde donde podemos transformarnos, desde la movilización activa desde donde podemos cambiar las cosas. No hablo únicamente de manifestaciones callejeras, hablo de que la cultura de la transformación invada las consultas, los hogares, las casas, el trato y las relaciones. De que rescatemos a ese niño ávido de historias que olvidamos en el desván de nuestra memoria, y que le preguntemos si quiere ayudarnos a hacer de este un mundo mejor.

Porque la conciencia del problema que se nos supone sólo llega desde el conocimiento ideológico, desde la política, desde la salud. Es increíble como se ha movilizado en una inmensa y corrosiva marea blanca tantísimos trabajadores en defensa de la sanidad pública, como en algunas ciudades se han abierto consultorios gratuitos para inmigrantes, como se han organizado espontáneamente asambleas donde discutir y repensar el futuro de una forma de entender la salud única en el mundo por su universalidad y calidad. Mientras las instituciones políticas hablan de un sistema de salud enfermo y deficitario, tantísimos profesionales han dado muestras

de su salud al asociarse, para defenderlo y defenderse, en un acto de responsabilidad y rebelión. Sería maravilloso que este mismo espíritu de construcción colectiva contagie a los profesionales y a los dispositivos de salud mental, y les ayude a abandonar el paternalismo y la coerción. Que se empiece a contar con quien se llama pacientes, sin cosificarlos, desde el mutuo compromiso de colaboración. Quizás para eso sólo haga falta generar esos espacios de libertad donde las historias, los relatos de tantas historias, ocupen el lugar de tanta etiqueta desacreditadora. Sólo se me ocurre un motivo para no querer escuchar una buena historia, aunque esta parezca descaalgada y haya que jugar a detectives para recomponer las piezas sueltas que nos regalan, y es el hecho de no haber tenido tampoco nadie que haya escuchado la nuestra. Contar nuestra propia historia, compartirla con alguien a quien valoramos, muchas veces es la mejor forma de acercarse a lo que realmente somos, limpiar los estantes de nuestra memoria, allá, en la trastienda de los ojos. Como demuestran tantísimas novelas y poemas es necesario conocerse a uno mismo para poder conocer a los demás. Si no nos conocemos, si sólo nos acercamos al otro a través de la teoría no estaremos promoviendo un mundo más humano, sino como diría Aldous Huxley: Un mundo “feliz”.

Lugo, 6 de noviembre de 2013.

Bibliografía

- Martín Gaite C. El cuento de nunca acabar. Madrid: Ed. Anagrama, 1988.
- Correa-Urquiza M. La rebelión de los saberes profanos. Textos URV. Tarragona 2010.
- Lobo Ortiz A. Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Grupo 5, 2013.
- Goffman E. El estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- Foucault M. La arqueología del saber. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- Pessoa A. El libro del desasosiego. Madrid: Acanalado, 2007.

- Deleuze G, Guattari F. El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia. Barcelona: Paidós, 1998.
- Homero. La Odisea. Madrid: Alianza Editorial, 1997.
- Martínez A. ¿Has visto como llora un cerezo? Barcelona: Univ. de Barcelona, 1998.
- Cervantes M de. El ingenioso caballero Don Quijote de la Mancha. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Páramo P. Juan Rulfo. México-Barcelona: Editorial RM, 2005.
- Shakespeare W. Hamlet. Madrid: Colección Austral, Espasa Calpe. 1996.



HISTORIA

Las edades del hombre, el escritor: Miguel de Unamuno.

The ages of man, the writer: Miguel de Unamuno.

Carmen Navarro Rodero (*)

Psiquiatra. Psicoanalista IPA, Miembro Titular APM-IPA. Salamanca.

Este trabajo tiene su origen en el III Congreso Ibérico de Psicoanálisis de 1993, allí escuché atentamente a José Luis López Peñalver en su presentación "Vacío, dolor mental y creatividad".

Entre mis lecturas siempre ha estado la filósofa María Zambrano a la que vuelvo una y otra vez. Leí un artículo suyo titulado "El freudismo, testimonio del hombre actual", de 1940. Comienza así: *"Cada época tiene sus males y sus glorias. En algunas, especialmente complicadas, sucede que los males y las glorias, los esplendores y las miserias, vayan mezclados. Cada época es como un acto en el drama de la historia humana, que sólo alcanzará la plenitud de su sentido dentro del drama acabado. Vivimos dentro de una época, prisioneros de ella..."*. Pensaba yo que hacía apenas un año, el 28 de Enero de 1939, a las dos y veinte de la tarde había cruzado la frontera francesa, camino del exilio, en compañía de su madre, su hermana y el marido de ésta.

El 29 de octubre de 1938, había perdido a su padre, Blas José Zambrano, cuando ella dictaba un curso de filosofía en Barcelona.

El 14 de septiembre de 1936, había contraído matrimonio con el historiador Alfonso Rodríguez Aldave.

Desde el año 1924 conoce a Ortega y Zubiri. Es Ortega quien le habla de Sigmund Freud. En el año 1955 murió Ortega. Todas estas fechas bai-

laban en mi cabeza y me hacían pensar en los duelos de María.

Siguiendo con el artículo de "El freudismo, testimonio del hombre actual", casi al final, nos dice: *"se nos va apareciendo ahora al freudismo como lo que más es, en realidad: un regreso a lo anterior, al sentido trágico de la vida. Decimos regreso porque, en efecto, el fondo primario, de donde arranca nuestra cultura occidental y mediterránea, es la tragedia griega. No por azar acude a estos mitos trágicos Freud: el complejo de Edipo. Es decir el mundo de la tragedia. Detrás de la conciencia del hombre de Occidente cristiano, y antes que cristiano, griego en el orden histórico, aparece el mundo originario de la tragedia"*. Claro, este párrafo me puso en manos "Del sentimiento trágico de la vida" de Unamuno. Sabía que en el año 1940 María imparte en el Ateneo de Puerto Rico un ciclo de conferencias titulado "Don Miguel de Unamuno y su obra".

Consulté con uno de los nietos de Unamuno, que conozco desde joven, sobre qué biografía me recomendaba y, sin dudar, me dijo la de Emilio Salcedo. Al poco tiempo, comencé leyendo la biografía de Miguel de Unamuno.

Los primeros años de la vida de Don Miguel

En el viejo Bilbao de las Siete Calles, en el número 16 de la calle Ronda, nació el 29 de septiembre de

(*) N. de la R.: Este trabajo no se ajusta totalmente a las normas de publicación de la revista *Norte de salud mental* ya que la autora trabajaba en sus últimos detalles cuando aconteció su fallecimiento el pasado 10 de enero de 2015.

1864, el tercer hijo del comerciante don Félix de Unamuno y de su esposa doña Salomé de Jugo. Por ser la festividad de San Miguel Arcángel, se le bautizó con ese nombre, que en hebreo significa *Quién como Dios*. Aquella misma tarde en la iglesia parroquial de los Santos Juanes.

Don Félix y doña Salomé tuvieron seis hijos; Miguel fue el primer varón y el último de los retoños nacidos en la calle de Ronda; los otros tres vinieron al mundo en la calle de la Cruz; María Felisa nació el 8 de Enero de 1861 y murió en Salamanca el 3 de Enero de 1932, tenía 70 años; María Jesusa nació el 16 de Enero de 1863 y murió el 20 de Diciembre de 1867, tenía 4 años.

Cuando Miguel tenía un año vino al mundo su hermano Félix, murió en Bilbao el 4 de Mayo de 1931, tenía 66 años; Susana nació el 20 de Noviembre de 1866, murió monja el 3 de Marzo de 1934, con 68 años; María Mercedes el 11 de Enero de 1870, muere el 16 de Noviembre de 1871, apenas contaba un año.

El abuelo materno, José Antonio de Jugo y Erézcano, se casó con Doña Benita de Unamuno, abuela de Miguel y hermana del comerciante Félix de Unamuno, padre del futuro escritor. Don Miguel desconocía las ramas del costado paterno, solo pudo recordar el nombre de su abuelo Don Melchor de Unamuno, confitero en Vergara (Salcedo, 1964).

Don Félix de Unamuno salió muy joven de Vergara y fue a hacer las Américas a Méjico, residiendo en Tepie, donde amasó a fuerza de trabajos una pequeña fortuna que, a su regreso, le permitió ser llamado indiano y traer en su equipaje una biblioteca que fue el primer pasto de su hijo Miguel. En Bilbao donde se estableció, casó Don Félix con su sobrina Salomé de Jugo, bastante más joven que él. Tuvo primero una fábrica de pan y luego comercio. Murió en 1870.

De su padre, Miguel conserva una doble vivencia: el libro y “el idioma extraño”. El comerciante Don Félix de Unamuno fue autodidacta, y formó su entrañable biblioteca. Esta biblioteca constaba de libros sobre la industria panificadora, y otros que eran referentes a Historia, Derecho, Filosofía, Ciencias Sociales y Ciencias Generales.

“Murió mi padre en 1870, antes de haber cumplido yo los seis años. Apenas me acuerdo de él, y

no sé si la imagen de su figura no se debe a sus retratos que animaban las paredes de mi casa. Le recuerdo, sin embargo, en un momento preciso, aflorando su borrosa memoria de las nieblas de mi pasado.

Era la sala en casa un lugar casi sagrado, adonde los niños no podíamos entrar siempre que se nos antojara; era un lugar donde había sofá, butacas y bola de espejo en que se veía uno chiquitito, cabezudo y grotesco. Un día que mi padre conversaba en francés con un francés me colé yo a la sala, y de no recordarle si no en aquel momento, sentado en su butaca, frente a M. Legarguen, hablando con él un idioma para mi misterioso, deduzco cuán honda debió ser en mí la revelación del misterio del lenguaje. ¡Luego los hombres pueden entenderse de otro modo que como nos entendemos nosotros! Ya desde antes de mis seis años me venía la atención del misterio del lenguaje; invocación de filólogo!”

Es mi más antiguo recuerdo de familia.

El padre muere (Miguel contaba cinco años y nueve meses) el 14 de Julio de 1870, tenía 47 años.

Historia infantil y duelos continuados

Nuestro Miguel es testigo de tres nacimientos: Cuando tiene un año nace su hermano Félix; cuando tiene dos años y dos meses nace Susana; cuando tiene 5 años y tres meses nace Mercedes.

Y tres muertes: Cuando tiene 3 años y 3 meses muere Jesusa; cuando tiene 5 años y 9 meses muere el padre; cuando tiene 6 años y 2 meses muere Mercedes.

Analista ():** Todo este traqueteo de acontecimientos nos hace pensar en una madre que podría poco ocuparse de él. ¿Cómo pudo su aparato psíquico afrontar tanto acontecimiento de aparición de hermanos, cambio de casa, y desaparición de nuevo de los mismos?,

(**) N. de la R.: Analista alude cuando se expone material clínico, como el modo de mostrar el diálogo analizando-analista. Carmen Navarro adoptó estilísticamente ese modo para presentar su reflexión analítica sobre la vida y obra de Unamuno -Don Miguel decía ella, como es costumbre en Salamanca-.

¿Y de la falta del padre? Al mismo tiempo, ¿qué cambios iban sucediéndose en la figura de la madre joven? Tenemos que pensar que las fantasías de seducción y angustia de muerte “andaban en danza” en toda su etapa hasta el Edipo. ¿Y con que defensas las enfrentó?

¿Cómo nuestra joven Salomé se mostraba ante los ojos del pequeño Miguel en esos continuos embarazos-retraimiento narcicista-y además, en los duelos de sus hijas y esposo? ¡Cuanta pena y dolor acompañaron al escritor en la mirada de su madre!

La abuela materna Benita vive con ellos es la figura clave que da sostén económico, pensamiento liberal y religioso. Miguel es su nieto preferido.

“Recuerdo la impresión que me produjo la muerte de Jesús Castañeda, un compañero de colegio. Faltaba hacia días, sabíamos que estaba muy mal... Unos decían que se moriría por haber fumado mucho, otros insinuaban el prematuro vicio solitario. Un día, sobrecogidos de temor misterioso, supimos que había muerto. Se nos citó para el entierro, y fuimos endomingados. Yo llevaba una cinta del ataúd, una cinta blanca. Una vez en el cementerio, pudimos ver el cadáver de nuestro compañero y amigo. No se me despinta el pobre Jesús, pálido, rechupado, con los ojos cerrados, las manos juntas, tendido en su caja y con su mejor trajecito para el viaje último. Hasta sus botas para no ir descalzo”.

Analista: Es en este recuerdo donde vive la muerte negada del padre.

Don Miguel, el 28 de Octubre de 1873, Bilbao vive la Guerra Civil, ha comenzado la II Guerra Carlista. Miguel tiene 9 años y se dispone a tomar la primera comunión y, casi sin saberlo, cobra la dolorida conciencia del hecho de una guerra civil. Es Don Isidoro de Montealegre y Berriozábal el primer confesor de Miguel. Cuando Don Isidoro preparaba con sus pláticas y preguntas del catecismo a chicos y chicas en la sacristía de la Párrquia, Miguel se quedaba mirando a Conchita Lizárraga *“sin saber por que”*.

La familia vive por entonces gracias a la escasa fortuna de la abuela materna, doña Benita de Unamuno; la economía familiar no da para lujos, pero se mantiene acomodada, dentro de los límites austeros de un hogar regido por dos viudas

y con cinco críos de los cuales se piensa dar carrera a los dos varones. Doña Benita tiene preferencia por Miguel entre todos sus nietos. Es dominadora, decidida y liberal por encima de todo. Por su influencia, las propiedades de la familia se mantienen en régimen comunitario; son sus bienes un par de modestas casitas en Bilbao y un caserío. El 21 de febrero empezó el bombardeo carlista contra los liberales amurallados en la villa. No hay clases. Miguel y su hermana María esperaban en el mirador de la casa la llegada de estas bombas y una de las primeras cayó cerca de allí, *“dos o tres casas más abajo”*.

La Adolescencia de Don Miguel. En septiembre de 1880, con sus 16 años y el título de bachiller recién obtenido, va a Madrid para estudiar la carrera de Filosofía y Letras. Pero hay otro suceso importante en su vida, pues en este mismo año muere la abuela Benita. El bachiller (que fue llevado fuera de la casa cuando se produjeron los fallecimientos de su padre y de sus hermanas María Jesusa y María Mercedes) tiene ahora constancia de la muerte. Y no solo el ir a un entierro llevando una cinta que cuelga del ataúd y ver después el cadáver, como cuando murió su compañero Jesús Castañeda.

Analista: Está en la adolescencia y afronta la separación del núcleo familiar y de la abuela Benita por muerte.

“Mi abuela Benita Unamuno -recordará el 15 de Enero de 1936- murió a mi lado a los 16 años: la primera muerte a la que asistí”. “Un bachiller es ya un hombre que presencia en la casa la agonía de su abuela y puede empezar a hacerse muy serias preguntas sobre el misterio de la vida y de la muerte”.

Vive en Madrid la experiencia de la soledad. Las navidades de 1880 se queda solo, se acuerda de su casa, de aquella cena un poco más larga y del convidado de todos los años, una pariente que no tiene hogar. Cuando un año después su hermano Félix fue a Madrid a estudiar Farmacia, es posible que se acentuara esta soledad en los inicios de una incomprensión fraterna que duró toda la vida y angustió por igual a los dos hermanos. La experiencia madrileña fue más profunda. Al poco de su llegada a la Corte sigue en la práctica de su misa diaria y su comunión mensual.

Primera crisis religiosa

En 1882 comienza la etapa del humanismo ateo. Una mañana al salir de la misa dominical en la Iglesia de San Luís, se preguntó qué significaba para él tal acto y decidió no volver más, *“sin desgarramiento alguno sensible por el pronto, como la cosa más natural del mundo... Entonces me lancé a una carrera vertiginosa a través de la filosofía. Aprendí alemán en Hegel... Luego, me enamoré de Spencer... pero, siempre volvía a las lecturas del problema religioso, que es lo que me ha preocupado siempre”*.

Analista: Con la muerte de Benita Unamuno, la abuela, es la primera vez que aparece el dolor por su pérdida y el haber estado asistiéndola en sus últimos momentos. ¿Estos afectos contribuyeron a tener una ligazón laxa con la práctica religiosa? Además, de la separación del núcleo familiar, donde vive esa soledad de Madrid, que él mismo la había titulado como una ciudad desoladora.

Los años en la Facultad de Filosofía y Letras

Miguel cerró su primer curso universitario con el aprobado en Literatura, y notable en Historia Universal, sobresalientes en Metafísica y Lengua Griega. Las vacaciones las pasa en Bilbao, hace sus escapadas a Guernica, donde Concha vive con unos tíos desde que quedó huérfana. En el segundo curso obtiene sobresalientes en todas las asignaturas; Lengua Griega, Historia Universal, Metafísica y Literatura Griega y Latina. En el tercer curso obtiene sobresalientes en Literatura española, Lengua Hebrea, Lengua Árabe e Historia de España.

Durante la carrera ha logrado Premio Extraordinario en Lengua Griega y en Metafísica, fueron su dedicación y afición años después. El examen de grado de licenciatura tuvo lugar el 21 de Junio de 1883, le correspondía desarrollar el tema 78 del programa, sobre “El bien. Concepto del bien mostrado en la conciencia: orden”. Tras la prueba oral tuvo la calificación de sobresaliente. Tendrá siempre, durante toda su vida, un emocionado recuerdo para Menéndez Pelayo -*mi venerado maestro*- y solo en sus últimos años volvió a emplear el adjetivo maestro al referirse a Ortega y Gasset. Y se hace universitario. *“Mi madre y mi*

novia me alentaban desde lejos, desde Vizcaya, en mi carrera”.

La novia Concha Lizárraga había nacido en Guernica el 25 de julio de 1864, vivió en Bilbao hasta la muerte de sus padres, cerca del Tilo del Arenal. A los 12 años volvió a Guernica y ya era novia de Miguel, desde los días de la primera comunión. La sombra noble del gran árbol, frente a la parroquia del Santo de Bari, fue testigo del primer poema de amor que Miguel dedicó a Conchita. Miguel y Concha jugaron a ser novios bajo la sombra de los tres árboles: el Tilo del Arenal, el Árbol Gordo y el Roble de Guernica; y tomaban muy en serio el dulce juego.

En 1884 corona su expediente con el doctorado “Crítica del problema sobre el origen y prehistoria de la raza vasca”, obteniendo la calificación de sobresaliente. En 1886 publica su primer cuento “*Ver con los ojos*” en El Noticiero de Bilbao. Este cuento es el armazón arquitectónico de su noviazgo. Siempre elogió Unamuno los ojos de Concepción Lizarraga y su alegría. En el relato los ojos y la alegría de Magdalena (Concha) son los protagonistas.

Analista: Su vida siempre está unida a dos mujeres. En la infancia y adolescencia la madre y la abuela. Y ya entrada la etapa adulta, la madre y la mujer.

Comienza en Bilbao su vida profesional como profesor interino de latín en el Instituto Vizcaya. En 1888, es suspendido en las oposiciones a Cátedra de Psicología, Lógica y Ética del Instituto de Bilbao y no es elegido para desempeñar la Cátedra de Lengua Vasca. Pasa unos días en Alcalá de Henares con su amigo el Jesuita P. Lecanda.

La influencia de doña Salomé y de su novia, llevan a Unamuno a tener conciencia dramática de su situación religiosa. En Madrid ha roto con su rutina. En Bilbao tiene que aceptar la rutina y no por hipocresía sino por ver si en ella encuentra la posibilidad de guardar en su alma un mundo que se le está escapando y que es el mundo de su madre y su novia. *“Cuando una práctica religiosa es sentida y vivida como rutina, se hace patente entonces el silencio de Dios y este silencio comienza desazonando y termina produciendo angustia”*.

Analista: Abandonar lo que “tiene en común” con las mujeres. Me pregunto ¿es este silencio de Dios el silencio de la figura del padre, y el padre Lecanda el sustituto del padre? El sosiego que preside su madre, su novia, el P. Lecanda y el reencuentro con la tierra vasca, al fin logrado, sale -sin duda - el estado sereno de ánimo que en 1891 habrá de llevarle a dos actos decisivos de su vida.

Etapa adulta

El 31 de enero de 1891 se casa con Concha y en primavera gana las oposiciones a la Cátedra de Lengua Griega de la Universidad de Salamanca; Y llega a la misma un 12 de Julio. Al poco de vivir en la Casa de los Azulejos, en el Campo San Francisco, recibe la noticia de la muerte de Julio Guiard, un compañero de oposición en las oposiciones de la Cátedra de Psicología del Instituto de Bilbao. Con esta muerte comienza para Unamuno el desfile de la Santa Compañía, poco antes ha muerto Ortueta, un común amigo de los dos (¿se suicido?); también Juan Riveras, un discípulo que fue a América en busca de fortuna y encontró los palmos de tierra precisos para la sepultura.

De vuelta a Bilbao, Concha le da su primer hijo, Fernando, el 3 de agosto de 1892, el único que nacerá fuera de Salamanca. Ese verano recoge datos sobre la última guerra Carlista, que tantos recuerdos de su infancia atesora y sobre todo desde que escribió el cuento de “Solitaña”, pero necesita documentarse y ésta da lugar a “Paz en la guerra” que publica en 1897. Tiene otra necesidad de escribir y es su crisis religiosa vivida en Madrid. Para esta solo tiene que penetrar en su corazón.

Analista: Este acceso de Unamuno a la paternidad *“auténtica prueba de fuego de la hombría es la más exacta línea divisoria del hombre. Lo que le permite profundizar dentro de sí mismo y crear”*.

El 2 de abril de 1893, escribe a su amigo Múgica.

... *“Y pensar que a esta alma humana -expresa-, porque es una verdadera alma humana, podría estropearla entre maestros y maestrillos. Créa-*

me V., no ha de ir al colegio ni escuela, no. Yo le enseñaré todo, volveré a aprenderlo. Lo malo es que así se le priva de la educación social, de la que adquieran en el roce y trato con sus compañeros. Sobre todo hay que cuidarse mucho estos primeros años, los creo de una acción inmensa sobre la vida. Así como creo poco en la herencia psicológica de cualidades meramente individuales, pues conforme éstas son menos específicas son más inestables, creo mucho en la acción de las primeras impresiones, de ese torrente que entra por los sentidos cuando el cerebro y la razón se están haciendo, que moldea el lecho del alma, que forma el empavesado de su último fondo, lecho, sobre el cual rodará más tarde el flujo, de las impresiones fugitivas. Lo que vemos de niños, de uno, de dos, de tres y cuatro años, y lo olvidamos, vive, vive y alienta, y aunque no se muestra con color y contornos en nuestra conciencia, obra más eficazmente que las ideas claras. Hay que tener mucho cuidado en los tres o cuatro años primeros. Cuántos no tienen desgracia más grande que llevar en lo hondo del alma al coco, a ese repugnante coco”.

Analista: Tiene intuiciones psicoanalíticas impresionantes respecto del desarrollo temprano.

En 1894 el matrimonio dejó la Casa de los Azulejos y va a la Plaza de lo que hoy es Gabriel y Galán, tenía galerías exteriores y un amplio jardín.

En esta casa de los miradores, abierta al sol nace su hijo Pablo, y en 1895 visita de nuevo al Padre Lecanda en Alcalá de Henares. Ha publicado ensayos que formaran su libro “En torno al Casticismo” y en una revista alemana ensayos sobre “Moral ciudadana y Política”.

El 7 de enero de 1896 nace su hijo Raimundo y con él llega la gran prueba. A los pocos meses de su nacimiento, el niño sufre un ataque de meningitis tuberculosa, se le paraliza una mano y comienza a desarrollársele una hidrocefalia. Al final de aquel año el niño empeora, y aunque no muere, queda ya entregado en brazos de la muerte, que, lenta ha de llevárselo. *“Es la experiencia de la muerte en la casa”* y el cumplimiento de un temor presentido. En una carta a su mujer en la época del noviazgo, escribe a Concha este estremecedor relato de un sueño que ha tenido: *“Una noche bajó a mi mente uno de esos*

sueños, tristes y lúgubres que no puedo apartar de mi, que de día soy alegre. Soñé que estaba casado, que tuve un hijo, que aquel hijo se murió y que sobre su cadáver, que parecía de cera, dije a mi mujer: Mira nuestro amor, dentro de poco se pudrirá; así acaba todo...

Analista: El amor a Concha, el tener hijos, “*la auténtica prueba de fuego de la hombría*”, le mete en la angustia de castración, tener un hijo no sano que se muere y se pudrirá. Pienso que también están los ecos de la muerte, recuerda el cadáver del amiguito Castañeda y de la abuela Benita, y más profundamente el del padre.

Primera crisis de angustia

Junto a su mesa de trabajo coloca Unamuno la cuna de Raimundo. Unamuno dibuja dos retratos que siempre llevó en su cartera, uno de perfil y otro de frente; en el último hizo también un apunte de la mano parálitica. Escribe la canción de cuna al niño enfermo:

Duerme, flor de mi vida,
duerme tranquilo,
que es dolor el sueño
tu único asilo.

El sueño que no acaba
duerme tranquilo,
que es del dolor la muerte,
tu único asilo.

Analista: La ternura del padre y el dolor por la pérdida del hijo que va hacia la muerte.

Miguel de Unamuno, no puede explicarse esta desgracia de un pequeño que va desde el pañal a la mortaja. Y escribe el poema:

“En la muerte de un hijo”

Abrázame, mi bien, se nos ha muerto
el fruto del amor;
abrázame el deseo está cubierto
en surco de dolor.
Sobre la mesa de ese bien perdido
que se fue a todo ir,
la cuna rodará del bien nacido,
del que está por venir.

Analista: Investiga las leyes de la herencia y encuentra “algo” de explicación en la consangui-

nidad de los matrimonios habidos en la familia. Pero, esto no le satisface, y comienza a preguntarse ¿qué pecado ha cometido él que tenga que pagar la pobre criaturita? Empieza a sentir el vértigo de la desesperación, de la angustia que ya no le abandonará nunca... El duelo se genera bajo el influjo del examen de realidad, que exige categóricamente separarse del objeto porque él ya no existe más (Freud, 1925-26). Debe entonces realizar el trabajo de llevar a cabo ese retiro del objeto en todas las situaciones en que el objeto fue asunto de una investidura elevada. El carácter doliente de esta separación armoniza con la explicación que acabamos de dar, a saber, la elevada e incumplible investidura de añoranza del objeto en el curso de la reproducción de las situaciones en que debe ser desasida la ligazón con el objeto.

La madrina en el bautizo del niño ha sido Susana, “*la hermana monja de Miguel, y este en una carta inédita, desesperado reprocha a la hermana la buena mano que tuvo*”, pero no tarda en preguntarse si todo eso, no será nada más que un castigo a su soberbia.

Ha perdido el sueño, siente palpitations, y un dolor en el pecho que se le extiende por el brazo. Concha le siente rebullir en la cama y no encuentra palabras que puedan darle paz. Tiene conciencia del vacío, se siente no existiendo, y nace en él la angustia, la sensación y el dolor, se siente culpable, estalla en sollozos, no puede hablar, se levanta y sale por las calles en una madrugada camino del convento de los Dominicos.

El hermano portero se sorprende del aporreo de la puerta y del Catedrático a esas horas, en la casa se vive la angustia de no saber dónde está, en la Universidad falta a las clases.

Analista: ¿Dónde está Unamuno? En una celda del convento de San Esteban rezando de cara a la pared, como un castigo infantil, buscando la fe infantil. Piensa que Dios le castiga ahora en su hijo por haber desatendido la llamada (se creyó llamado por Dios al leer el Evangelio), de ser el elegido por el padre y así poder estar más cerca de él.

En esta dura etapa de su vida le acechan tres fantasmas:

A) 28 de abril de 1897: ¿Estaré loco?

- B) ¿Por qué me han de inquietar las habladurías de los demás, sus miradas de indiscreta curiosidad y los juicios que, puedan hacer acerca de mi resurrección ya anunciada?
- C) Esto es insufrible. Ahora me persigue la idea del suicidio.

Analista: El deseo de ir al encuentro del padre.

Segunda crisis religiosa. En 1897.

Analista: Disociada la imagen paterna, el padre-Dios que le culpabiliza con ese hijo enfermo por haber abandonado la fe... y al mismo tiempo, la búsqueda de un padre que le escuche y comprenda en su dolor de la castración. (El Padre Lecanda en Alcalá de Henares y el Dominico P. Arintero).

A la vuelta de la visita del Padre Lecanda, Unamuno se mete en todas las Iglesias y pasa largo rato en oración; mientras en su casa están su madre, la mujer y la hermana monja, que ha salido del convento para curar una dolencia. La vuelta a la madre, la vuelta a su fe infantil, se revuelve con Arintero, porque trata de demostrarle sus dudas y al Dominico no le gusta sus razones teológicas... la razón para Unamuno no era suficiente para llegar al conocimiento de Dios, no servía para demostrar su existencia.

Arintero se impacienta. Unamuno porfía:

- *“Yo quiero penetrar el misterio de la Esfinge”*.
- No penetrarás en ese misterio y la Esfinge te tragará, le respondió malhumorado el Dominico.

Analista: Volveré más adelante sobre este punto.

En el convento de San Esteban, en su claustro de los aljibes siente profundamente la soledad y allí, asomado al pozo de agua transparente y fría, con profundidad de abismo y resonancia de eternidad, de bruces sobre el brocal, Unamuno lanzó el grito desesperado: *“Dios, dios, dios”*, que el eco le repetía y casi le transformaba en un *“Yo, yo, yo”* que terminaría por ser su grito en aquel aljibe.

Analista: Padre, padre, padre ¿Por qué me has abandonado?

“En primer lugar, que Dios es un sustituto del padre o, más correctamente, un padre enalteci-

do; dicho de otro modo: una copia del padre tal como se lo vio y vivenció en la infancia -el individuo en su propia niñez, y el género humano en su prehistoria, como padre de la horda primordial-. Después el individuo vio a su padre de otro modo, más pequeño, pero la imagen-representación infantil se conservó, fusionándose con la huella mnémica -heredada- del padre primordial para formar en el individuo la representación de Dios. Sabemos también, por la historia secreta del individuo, que el vínculo con ese padre fue ambivalente quizá desde el comienzo mismo o, en todo caso, devino muy pronto, vale decir, abrazó dos mociones de sentimiento contrapuestas: no solo de su misión interna, sino de desafío hostil. De acuerdo con nuestra concepción esta misma ambivalencia gobierna el vínculo de la especie humana con su divinidad” (Freud, 1923).

No es fácil el camino. Ha encontrado el Cristo histórico y, bajo él, el Cristo eterno. La lectura de los Evangelios le conforta, pero nada más. Su vanidad le impide el silencio. *“En los momentos de duda pienso que si no hay un más allá, esta vida no merece la pena ser vivida, necesito de la inmortalidad”*.

“¿Cómo se comporta nuestro inconsciente frente al problema de la muerte? La respuesta tiene que ser: Casi de igual modo que el hombre primordial. En este aspecto, como en muchos otros, el hombre de la prehistoria sobrevive inmutable en nuestro inconsciente. Por tanto, nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal. Lo que llamamos nuestro inconsciente (los estratos más profundos de nuestra alma, compuestos por mociones pulsionales) no conoce absolutamente nada negativo, ninguna negación -los opuestos coinciden en su interior-, y por consiguiente tampoco conoce la muerte propia, a la que solo podemos darle un contenido negativo. Entonces, nada pulsional en nosotros solicita a la creencia en la muerte. Y quizá sea este, incluso, el secreto del heroísmo” (Freud, 1915).

El día 30 de octubre de 1900

Miguel de Unamuno y Jugo toma posesión de su cargo de Rector. El acto no se celebra en el Paraninfo, ni en el salón de Grados, si no en un aula y además el rector saliente don Mamés

Esperabé Lozano, no acude. El acto es breve. Les dice que espera poder hacer algo, que lo creía posible y que la única manera de saberlo era comprobándolo al frente de la Universidad. Termina pidiendo colaboración, “*la misma que yo hubiese prestado a cualquiera en este puesto*”. Los estudiantes le aclaman, contempla el rostro de algunos compañeros de claustro, presiente la dura lucha que se le avecina.

Don Miguel se traslada a la Casa Rectoral “sin miedo de la lengua que malsina”, como dijo en verso feliz el gran Antonio Machado.

Envejeció prematuramente, a sus 36 años, el negro pelo le blanquea ceniciento en las guedejas, y la barba se le ha puesto gris.

Analista: La figura de Moisés.

El traslado a la calle Libreros, son la expresión de su mundo: libros, papeles y niños, sus hijos Fernando, Pablo, Raimundo, Salomé y Felisa, con solo un año esta última, y Pepe, dentro de su madre. Unamuno invitaba a sus hijos a jugar delante de su hermano Raimundo para distraerle. Menéndez Pidal y Pérez de Ayala han recordado como Don Miguel se entendía magníficamente con los niños.

En el recibidor, en el perchero, colgaban los niños de Unamuno los gorros de papel que este, infatigablemente les hacía. A veces, los visitantes se asombraban y don Miguel advertía que tan sombreros eran aquellos de papel como los de trapo y que tanto derecho tenían los niños a colgar allí sus gorros como las personas mayores.

Comienzan años de paz en el hogar. Raimundo sigue siendo la principal preocupación. Del dolor, del pensar en un Raimundo adulto... es ahí, cuando nació el poema:

“El idiota y su perro”

Mira el cielo embebido y se ríe,
y en el aire el eco de su risa esancha;
todo en él ríe;
su alegría es mucha...
Todo el universo ríe con su risa,
con el pobre idiota;
es flor de inocencia
que de su alma brota...
Es la risa franca

que sencilla y pura
desde su alma blanca
como dulce oración sube a la altura...

Le decía a un amigo, “*tengo ya seis hijos, espiritualmente entro en periodo de calma navegación, dispuesto a llevar a cabo mis proyectos, todos literarios*”. La casa rectoral y un remanso de paz, junto a sus hijos y su mujer, encuentra algo de sosiego. Fuera, en la lucha, la polémica Universidad y otros ámbitos de la vida local y nacional.

En 1902 muere su hijo Raimundo. Al poco tiempo nace su hija María, en 1905 nace un varón que en recuerdo de su hermano muerto se le llamará Raimundo y de segundo Rafael, y por último en 1910 nace el benjamín, Ramón.

Publica “Amor y pedagogía” y sigue trabajando en su tratado del amor de Dios. Está más cerca de la teología protestante.

Analista: Pienso que estos años de paz y sosiego, son unos años fecundos, donde vienen sus hijos al mundo, los anida y escribe..., donde se vive poco la angustia de castración.

Vive humildemente y con no pocos apuros y piensa que si se muere, su familia no tendrá más amparo que el de su madre, una miserable viudedad para su mujer y la pobre renta de su póliza de seguros. “*Eres pobre Miguel, muy pobre -se dice así mismo- pero tu trabajo lo haces alegremente y te brota espiritualmente*”.

Segunda crisis de angustia

En 1906, los signos del viejo desasosiego, de la angustia, han vuelto a manifestarse: insomnio, despertar sobresaltado descubriendo que la mano y el brazo izquierdo están dormidos, palpitaciones, fatiga, dolores musculares, trastornos gástricos...

Es la duda, la inquietud y el vértigo de la nada que vuelven hacer presa su espíritu.

Tendido en la cama, don Miguel que no es tranochador, escucha el bisbiseo del rosario, que rezan su mujer, su madre y su hermana.

En la Nochevieja, en las sombras de su estudio, siente la presencia de la muerte y de la nada.

Rubén Darío sabe ver al poeta y nos dice: “Poeta es asomarse a las puertas del misterio y volver de él con una vislumbre de lo desconocido en los ojos. Y pocos como ese vasco meten su alma en lo más hondo del corazón de la vida y la muerte”.

Analista: ¿Podíamos pensar que cuando Rubén Darío habla de las puertas del misterio está aludiendo a la Esfinge?

En agosto de 1908, doña Salomé de Jugo viuda del comerciante Félix de Unamuno, contempla desde el mirador del segundo piso el hormigueo de peregrinos camino del Santuario.

Hace tiempo que vive en aquella casa y en ella se han criado todos sus hijos; ha muerto su esposo y han pasado los años de la ya lejana guerra Carlista.

Con ella están sus hijos Félix y María, y sus dos nietos mayores. Miguel y sus otros nietos están en Portugal, en Espinho.

En el mirador, a veces la mirada se le escapa en dirección a San Nicolás, hacia el cerrado cementerio de Mallona, donde fue enterrado su marido.

Analista: Ver y sentir por última vez.

Algo se rompe en su cuerpo y sus ojos ya no ven y sus manos son incapaces de apartarse de los hierros del mirador. Ha sufrido un ataque de apoplejía.

Miguel en Espinho encuentra la paz, recibe un telegrama en que sus hermanos le velan la verdad. Llega a Bilbao, solo a tiempo de asistir a los funerales; su madre ha sido enterrada en Derio. Miguel evoca los cipreses de Mallona y el recuerdo de su padre y siente clausurado todo el mundo de su infancia. (Es cuando publica “Recuerdos de niñez y mocedad”).

Analista: Cerrar una época de la vida.

Para Unamuno que ha vivido sus primeros años junto a dos viudas (la abuela y la madre) en régimen familiar de auténtico matriarcado, el impacto debió de ser enorme. La figura de la madre es siempre un eje de su pensamiento; la madre envuelve y determina todo el ámbito vital y por eso la esposa es madre. España es patria en vez de patria y sus entes de ficción femeninos se consumen en ansias de maternidad.

Analista: La madre omnipotente y omnipresente en su fantasía.

Su madre se ha muerto y la casa de la calle de la Cruz se cierra. María, su hermana va a Salamanca.

Un año después desalojan el piso y cuando Unamuno vuelve a Bilbao contempla el mirador en que su madre dejó de existir, el mirador de su infancia. Félix, distante, solitario, se queda en Bilbao.

Analista: ¿Es la crisis de angustia la que presagia la muerte de la madre? ¿Y de su propia muerte 30 años más tarde en esas mismas fechas?

En 1910 sigue trabajando en “El tratado del amor de Dios”. Escribe su libro “Rosario de sonetos líricos”. Una obra de teatro “El pasado que vuelve” y una “Fecha”.

En 1911, escribe un libro de viajes “Por tierras de Portugal y España”. En este año él tiene la misma edad que tenía su padre cuando este murió, cambia el título de “El tratado del amor de Dios” a “Del sentimiento trágico de la vida”. Publica una serie de artículos “Contra esto y aquello”.

Mientras tanto ha iniciado “una como fuga de sí mismo”, viajando intensamente, aprovecha los fines de semana, las vacaciones y las fiestas escolares.

Analista: Triunfo maniaco, puesto que él está vivo a la misma edad que el padre murió.

En el verano de 1912 escribe un poema a su mujer, que se ha conocido en 1958:

...De no haber anclado nuestras vidas,
¿es que hoy yo viviría?

¡Estos mis ocho hijos que me has dado
son mis raíces!

Aquel viejo enemigo de mi pecho
habríame vencido.

O en un rincón de un claustro,
en una triste celda,

en brega con la fe que se me escapa,
luchando con la acedia;

o en un rincón de un campo Santo oscuro,
allí en lo no bendito,

idonde se guarda a los que no supieron
esperar a la muerte!

Analista: El amor a su esposa y sus hijos (la duplicación del sí mismo) es lo que le salva. Lo que pudo ocurrir y no ocurrió -el suicidio.

En 1914 le escribe a Manuel Machado: *“¡Y ahora, amigo aquí entre los dos, y al oído, que no lo oiga otro; Mire, a mí se me ha ocurrido cien veces lo mismo, pero si no me he pegado un tiro es porque tengo mujer y ocho hijos que mantener, porque no me va tan mal en la vida, gracias a mi pesimismo, que ahorra desengaños, y sobre todo porque abrigo muchas dudas que la muerte, y más si es voluntaria, sea medio de salir de la duda, de la única que vale!”*

Termina la redacción de “Niebla” y comienza su largo poema de “El Cristo de Velázquez”.

La redacción de su obra más ambiciosa “Del sentimiento trágico”...si recordamos, Unamuno pasa del “Diario” a las “Meditaciones evangélicas”, luego al “Tratado del amor de Dios” y desemboca por fin en “Del sentimiento”... ha recorrido un largo camino desde la primera crisis religiosa de 1897 y ha tenido la necesidad de hacer pública la intimidad de su alcoba espiritual.

Te he sentido pasar: escalofrío,
metiéronme tus alas hasta dentro
de tuétano vacío...
¿Qué decirme querías? Ya no encuentro
para encarnar mi anhelo idea alguna...
La edad viril devuélveme, Dios mío;
sobre mi frente pon tu mano amiga;
relléname el vacío;
lo que tanto callé deja que diga;
más yo no sé lo que callaba tanto
y esta mi queja es ya mi último canto.

Analista: Sigmund Freud en “Duelo y melancolía” (1915)... El acatamiento de la realidad es soberano en el duelo, que imparte la orden de desanudar la libido del objeto con un gran gasto de tiempo y energía. El mundo pobre y vacío en el duelo... Unamuno “relléname el vacío, lo que tanto callé deja que diga”.

En mayo de 1913 le confiesa a su amigo: *“creo que estoy muy malo, aunque me tachan de aprensivo, porque he llegado a saber que mi pobre corazón flaquea ya un poquito. Lo conozco en mi irritabilidad y en lo pronto que me excito”*. El Doctor Rodríguez Pinilla somete al rector a un

reposo continuado, del que quedará el hábito de leer en la cama. El insomnio ha vuelto y de este vivir desvelado surgirá una obra nueva buscando paz y sosiego: los versos iniciales del Cristo de Velázquez, y en las horas de desfallecimiento, las páginas de Niebla.

Analista: Pienso que el esfuerzo lleva consigo la depresión.

Niebla está terminada y camino de la imprenta. Es una novela sarcástica, de agrio humor, es hermana de Amor y Pedagogía. En el capítulo V está la narración de la muerte del padre.

Últimos años de su vida

En 1931 en la casa de la calle Bordadores todo parece haber vuelto a la normalidad de que Don Miguel está ocupado en sus luchas, sus clases, su rectorado y el quehacer periodístico.

La dicotomía del ensimismamiento y alteración que explicó Ortega es fundamental para comprender a Unamuno. Cuando se encierra en sí mismo porque la paz le rodea, se desatan las tempestades en su alma y su vida interior se enriquece al par que crece su angustia. Cuando el mundo exterior le reclama es el corazón un piélagos tranquilo y todo el fuego exterior se compensa con la paz interna.

Ha nacido su nieto Miguel y Unamuno cuando trabaja en su despacho le gusta que esté allí el niño, jugando, y con su presencia se libera del recuerdo de aquel hijo enfermo, porque el nieto está sano.

Analista: La compensación de los nietos.

Estando en Madrid, ya que ha sido nombrado presidente del consejo de instrucción pública, recibe la noticia de que su hermano Félix ha muerto casi repentinamente.

Se marcha a Bilbao, porque “el otro ha muerto”. Es un duro trance. El parecido de los dos hermanos es sorprendente. Para Félix no eran problemas las angustias de su hermano; las miró siempre como cosas de chalados, tampoco dio importancia al quehacer intelectual de Miguel. La verdad es que estuvieron separados de por vida por esa invisible muralla de la incomprensión.

En la inspiración de “El otro” y en Abel Sánchez hay que ver la sombra de esta situación fraterna y el sentimiento cainita no como algo atribuido al otro, si no como un temor a ser él mismo un Caín en potencia. Ir a Bilbao para encontrarle muerto y verle era ir a encontrarse y verse muerto a sí mismo.

Analista: La confusión... la historia del doble.

Hay problemas familiares que también le preocupan: los achaques de su hermana Felisa -tres años mayor que él- que vive en su casa desde la muerte de la madre; los de su mujer, que bien, callada, espectadora de sus luchas, empieza a flaquear ante el peso de los años, y la precaria salud de su hija Salomé.

Analista: Aquí hay un presagio de lo que luego ocurrió.

Sigmund Freud: “De guerra y muerte” Temas de actualidad. (1915). “Nuestra actitud hacia la muerte”: “Una acumulación de muertes nos parece algo terrible en extremo”.

Se está terminando el año 1931, el año cuya primavera trajo anticipadamente a la República y España celebra sus primeras Navidades laicas.

A Salamanca vuelve roto, desecho, naufragio de la vida, José Sánchez Rojas, tiene sólo cuarenta y seis años y parece más viejo. Ha hecho periodismo a destajo, muchas veces solo por el café y la tostada. Pepe Sánchez Rojas, el antiguo discípulo, va a ver a Don Miguel.

Sánchez Rojas, sin abrigo, con el traje mugriento y raído, tose incesantemente. Desea un buen año a Unamuno. Queda en verde al día siguiente y se retira a su habitación del hotel Terminus. Por primera vez y última en su vida no trasnocha, se siente enfermo, y se acuesta para tener el más largo sueño, el de la muerte.

Don Miguel recuerda lo que él llamó su hora de los remordimientos: las esperanzas puestas en Pepe Rojas, el instinto del idioma que perdió en el periodismo fácil la posibilidad de un buen escritor, la fidelidad casi perruna de aquel hombre que fue desterrado a Huesca por Primo de Ribera por defender al maestro, la muerte que llega a los más jóvenes. La familia decide enterrarle en Alba

de Tormes. Unamuno con los hombros hundidos bajo el peso de una gran tristeza, sintiéndose tremendamente viejo, preside el entierro que cruza el Tormes y lleva al pobre y desmechado despojo de aquel ser desventurado, entusiasta e ingenuo, cuya trinidad de entusiasmo literario y humano estaba formado por el Agustino Horaciano, la santa andariega y el vasco peripatético.

Analista: ¡Otro Raimundo intelectual que pierde!

Pero, también Sánchez Rojas tiene la misma edad que el padre de Don Miguel cuando este fallece.

Pero no ha terminado el desfile de los que van muriendo y el 3 de Enero de 1932, en la casa de la calle Bordadores muere María de Unamuno. Aquella hermana en cuya compañía oyó Don Miguel, en el mirador de la casa bilbaína, el estallido de una bomba durante la guerra carlista. En casa, María pasaba como una sombra, con doña Concha siempre, pero su silencio se oye y su sombra se echa de menos.

Estreno de El otro

Esta obra fue escrita por Miguel durante el destierro en Hendaya, cuando le llegaban las noticias de que su hermano Félix se había puesto en la solapa, como insignia, el cartelito de “no me hable de mi hermano”. “El otro” estaba redactado en Octubre de 1926, en el 1928 fue prohibido su estreno por orden gubernativa en San Sebastián.

Después de la muerte de su hermano Félix, relea la obra y llena los márgenes con nuevas aportaciones. El argumento de “El otro” es muy simple: dos hermanos gemelos, iguales, uno de los cuales mata al otro; pero después ni él mismo sabe si es él o su hermano, como tampoco pueden saberlo los demás personajes.

El éxito de crítica fue indudable ¿será necesario decir que la obra no permaneció mucho tiempo en cartel?

Analista: En pleno duelo, la confusión y la culpa.

Ahora en “Lo ominoso” (1919), Freud plantea que la muerte es desmentida violentamente por la angustia de muerte, y más adelante duda si la angustia de muerte hace referencia a la propia

muerte. La angustia de muerte es tan intensa que siempre que sea posible se la niega.

En “Dostoievski y el parricidio” (1928), Freud hace referencia a los ataques que sufría el escritor que simulaban un dormir letárgico. Les encuentra una intencionalidad de muerte y entiende que significan una identificación con un muerto o con una persona cuya muerte se desea. La muerte es deseada para el otro y ahora uno pasa a ser el otro y está muerto.

Volvamos al artículo de “Lo ominoso” (1919): El doble y la propia imagen vista en el espejo, con la sombra, el espíritu tutelar, la doctrina del alma y el miedo a la muerte. El doble se origina como una seguridad contra el sepultamiento del yo, una enérgica desmentida contra el poder de la muerte, y es factible suponer que el alma inmortal fuera el primer doble del cuerpo. En este capítulo roza el tema del narcisismo primario, gobernador de la vida anímica del niño por el irrestricto amor por sí mismo y lo vincula al tema del doble.

La representación del doble no necesariamente es sepultada junto con el narcisismo primitivo, y que puede cobrar un nuevo contenido a partir de los posteriores estados del desarrollo del yo.

Problemas del campo psicoanalítico de Willy Baranger.

El muerto vivo: Estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos.

Una tercera variedad del muerto-vivo está constituida por un objeto dañado o muerto por el sujeto y que ejerce sobre él una persecución moral. Es el mito del convidado de piedra.

El 3 de Marzo de 1934 muere su hermana monja, Susana, y cuando aún no se ha podido reponer del golpe, la Universidad francesa de Grenoble le nombra Doctor Honoris Causa. El acto se celebra el 12 de mayo y Don Miguel no asiste a la ceremonia, preocupado por la salud de su mujer. El 15 de mayo de una hemiplejía se muere Doña Concepción Lizárraga, la compañera silenciosa del batallador Unamuno. Es este momento en que el gran solitario se queda más sólo aún, sin el apoyo y sin la silente compañía de su mujer, a cuya confortadora presencia había llamado “su costumbre”.

A principios de siglo, cuando fue nombrado rector y se instaló en la casa de la calle Libreros, le regalaron a Unamuno un perrillo que fue juguete de sus hijos, muy especialmente del pobre Raimundo. Pero el perro murió pronto y Don Miguel, impresionado por los ojos moribundos del can, escribió “Elegía en la muerte de un perro”

La quietud sujetó con recia mano
al pobre perro inquieto,
y para siempre
fiel se acostó en su madre
piadosa tierra.
Sus ojos mansos
no clavará en los míos
con la tristeza de faltarle el habla.

Es una imagen del pasado, ligado al recuerdo de su hijo más infortunado, cuya enfermedad provocó en él la crisis de 1897. Los ojos del perro son la expresión del ser indefenso e incomunicado. Y cuando muere Doña Concha, Don Miguel recuerda aquel instante.

- “*Me miró mi Concha* -le decía al doctor Adolfo Núñez- *como aquel perro*”...

¡Que hondo sentimiento en sus palabras! La irremediable soledad a la que queda condenado su hogar al morir su mujer es más dramática con este gesto de la esposa moribunda, que solo con los ojos puede darle su último mensaje. ¡Los ojos de Doña Concha! Don Miguel se enamoró, sobre todo de sus ojos, y son estos los que le hablan en la despedida, el pasmo y acaso el miedo y desesperación de la muerte.

En la casa de la calle Bordadores, como cuando murió su hermana María, han vuelto a latir las horas terribles de la vela, olor a cirios, bisbiseo de rosarios, llantos contenidos y la pregunta inquietante en lo más escondido de su alma sobre el gran salto hacia el más allá, hacia el vacío...

Salamanca entera desfila por la casa de la calle Bordadores. La juvenil arrogancia del viejo Unamuno ha desaparecido y, a ratos, no puede soportar a las gentes, ni a los hijos y se refugia en el despacho. Pero no lee, ni escribe, es demasiado dolor.

En el cementerio, es depositado el cadáver de Doña Concha en un nicho, al lado del que ocupa

su hermana María. Sobre la lapida de mármol, lisa como una cuartilla, traza con su hermosa letra el nombre de su mujer. El cantero, hombre sencillo que el dolor de Unamuno, sigue con el cincel los rasgos del escritor y deja así la lapida, desnudo poema de amor en la hora de la separación.

Al llegar las vacaciones, su hijo Fernando arrastra a su padre hasta Palencia, allí en la rumia dolorosa de su soledad, se sobrepone algo... aunque ya nada le aliviará de la pérdida de “su costumbre”, costumbre amasada en cuarenta y tres años de matrimonio y en más de sesenta de un amor sin reservas.

“¿Fue ella? ¿Fui yo quien se murió?
¿Fue ella? ¿Fui yo quien morí?
Pues yo no sé quién era yo
ni quien ella ipobre de mí!”

Solloza poéticamente en Palencia.

Analista: El dolor le confunde.

Amigos y admiradores quieren arrastrarle a América, pero él renuncia, porque su hija Salomé está en Salamanca, herida ya de muerte, y no quiere moverse de allí. El 14 de julio Salomé muere también.

Comienza la hora de la jubilación que iba a sonar ya y que adquiere más triste significación con la pérdida de la costumbre hogareña, aquella alfombra de su conciencia que ahogaba los gritos del mundo exterior y le permitía sentir la paz del silencio, y la soledad del que se sabe silentemente acompañado.

“Hay que recoger la vida,
la vida que se nos va
cual se nos vino, escondida
del más allá al más acá.
Y se va por donde vino
embozada en el misterio,
va abriéndose su camino,
mira siempre al cementerio.
Hay que recoger la vida
que otra vez ya no vendrá,
como se nos va escondida
del más aquí al más allá”.

Después de pasar unos días en Santander, en La Magdalena, el 27 de agosto está en Salamanca

ya, sintiendo el peso de la ausencia de su mujer. Huye de la casa de Bordadores, testigo de la muerte de su hermana María, de su hija Salomé y de su esposa; y pasa el tiempo en la calle Zamora, donde sus hijos Pablo (Odontólogo) y Rafael (Oftalmólogo) han instalado sus consultas médicas.

El día 29 de septiembre se le tributa un Homenaje en la ciudad. Esta es un hervidero de intelectuales y políticos. Desde Gregorio Marañón al Presidente de la Republica, que va acompañado del Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, el salmantino doctor Villalobos. El poeta Esteban Calle Iturrino, en nombre del Ayuntamiento de Bilbao, entrega un mensaje al de Salamanca. Don Miguel tiene que salir al balcón del Ayuntamiento, sobre la Plaza, con Alcalá Zamora a su lado, para recibir las aclamaciones y les habla emocionado recordando su vida. Las lágrimas asoman repetidamente a los ojos y la voz se le estrangula Maurice Legendre, que acompaña a Unamuno, le ve abatido, deshecho.

- *“Esto ya no importa, ya no tiene importancia desde que murió ella”*

En el Palacio de Anaya, en cuya monumental escalera han instalado el busto de Unamuno que le hiciera Victorio Macho en Hendaya. José Camón Aznar pronuncia un discurso glosando el valor artístico de esta escultura. Preside el Presidente de la Republica, con los Ministros y Unamuno. Va a ser descubierta la estatua, la gente inicia el desfile para pasar ante esta, como en un duelo. No, no puede verse allí en estatua, como si ya estuviese muerto, hecho mito e historia y se esca-pa del Palacio de Anaya.

No olvidemos sus versos, cuando ve la estatua a finales del año 29, en el **Cancionero**:

“Me vi en yeso,
sentí frío;
sentí el peso
del vacío”

Analista: Sigmund Freud, en 1915, en *“Nuestra actitud frente a la muerte”*, sostiene que a pesar de que nuestra actitud aparente hacia la muerte es de aceptación, como natural, en realidad no creemos en nuestra propia muerte. *El ser humano convive con la fantasía de la inmortalidad.*

El ser humano, vulnerable, instrumenta la ficción para sobrevivir identificado con héroes”.

En 1935 se presenta su candidatura al Premio Nobel de Literatura.

En 1936, la Universidad de Oxford le nombra Doctor “honoris causa”, se aloja en la Embajada Española, siendo Pérez de Ayala embajador de nuestro país allí. A su vuelta pasa por París y recuerda cuando pensó en suicidarse una vez más, arrojándose al Sena desde el Puente del Ángel.

En el verano de 1936, las calles de la ciudad empiezan a despoblarse, y Don Miguel es uno de los pocos que aparecen en la Plaza Mayor y se sienta en el café Novelty, dando sensación a todos de calma y seguridad, piensa: “*ya nadie podrá detener el reloj de la historia*” Los dioses, una vez más, como en la frase Homérica (VIII 579-580) “*Los Dioses traman y cumplen la destrucción de los hombres para que los venideros tengan de que hablar*”, esta frase permaneció colgada en una de las paredes de su despacho en su casa.

Don Miguel no ha vuelto a tomar la pluma desde que estalló la guerra, está en su casa con el mayor de sus nietos Miguel Quiroga Unamuno.

La esfinge, Edipo y los enterramientos

Analista: Cuando pienso en cómo sería la relación del pequeño Miguel con su madre, de la que ya “hemos dibujado” lo suficiente; madre muy ocupada con los embarazos, partos seguidos..., enfermedades y muerte de las pequeñas hijas y posterior muerte de su esposo. Sin embargo, fue la que permaneció hasta los 44 años de Miguel a su lado, siendo el apoyo-columna vertebral en su niñez y adolescencia..., más tarde la sombra testigo de su vida familiar en Salamanca.

En el ABC-cultural del 16 de agosto de 1996, salió publicado un texto encontrado en la Casa-Museo Unamuno, titulado “El misterio inicial de mi vida”:

“Nunca lograré olvidar, ni aunque lo quisiera, lo que podría llamar con toda propiedad el horizonte terrestre de mi historia íntima, de la biografía de mi alma. Todo lo anterior a este recuerdo, todo lo de más allá de él, es para mí como un remoto velaje que allende ese horizonte forma el

fondo insondable, infinito, de mi vida pasada. De este recuerdo arranca mi conciencia y hasta me atrevo a decir que toda la vida de mi espíritu no ha sido más que un desarrollo de él.

De mi padre no me acuerdo sino con relación a este suceso inicial de mis confesiones: mi padre no es para mí más que el actor de ese suceso. Que fue, sin duda el desenlace, el término de una tragedia, pero que para mí no es más que el arranque de otra. Ni luego me atreví nunca, por lo que diré, a inquirir de mi madre el sentido de aquella terrible escena.

Era a la caída de la tarde, lo recuerdo como si fuese hoy, y yo me hallaba con mi madre, en el comedor de casa, ella contemplando la puesta de sol y yo dibujando monos en una pizarra. Mi padre encerrado en su gabinete trabajaba como de costumbre. Y su trabajo era escribir, nunca he podido luego saber qué y para qué. Creo recordar que al levantar la vista de mis dibujos vi como dos perlas rojas en los ojos de mi madre, que eran los arrebales del ocaso -el sol se acostaba desangrándose como en una mortaja en las nubes que ceñían a la lejana sierra- reflejados en sendas lágrimas vergonzosas y furtivas. De pronto mi madre sacudió la cabeza -aún me parece ver la palpitación de su rubia cabellera sobre el celaje del ocaso- y exclamó con voz como de agonizante: “¿iqué?, ¿iqué es?” Había sonado un tiro en el gabinete. Se levantó mi madre, fue a la puerta del gabinete y la halló cerrada con llave por dentro. Entonces empezó a sacudirla y golpearla llamando con voz rebosante de congoja: “¡Pedro! ¡Pedro! ¡Pedro!” A sus voces acudió el viejo criado y aunque aterrados con sus voces el silencio que nos llegaba del gabinete empezaron mi madre y él a sacudir la puerta hasta que esta cedió. Precipitáronse dentro y yo me aventuré tras ellos. Mi padre yacía en su sillón, blanco y rojo, blanco de cera el rostro y enrojecido por un corrillo de sangre que le brotaba de la sien. En el suelo una pistola. Sobre la mesa de trabajo, el escritorio, un pliegue que se apresuró a recoger y guardar mi madre.

La que al ver aquello luego de murmurar para sí: “¡Era de temer! se embozó en un terrible silencio. Lo primero que hizo fue buscarme con los ojos, no ya sólo enjutos de lágrimas sino secos y

opacos, y en cuanto me vio me tomó de la mano me legó a lo que había sido mi padre, me dijo: “Bésale por última vez” y me sacó del gabinete. Y recuerdo que al besarle fue mi mayor cuidado que no me manchara aquel hilo de sangre y que sentí en los labios una frialdad que nunca se me ha ido de ellos del todo después.

No vi en todo el día siguiente a mi madre, pues me dejaron con las criadas. Pero al otro apenas me levanté de la cama me cogió ella, me apachugó, me apretó tanto que casi me quitaba el respiro, arrimó su boca seca a mi frente, luego a mis ojos, y, así me tuvo, no sé cuanto tiempo -me pareció muchísimo, tanto como toda mi vida hasta entonces- sin hacer el menor ruido. Pues no sólo no hablaba, ni sollozaba sino que ni la oía respirar. Diríase que estaba tan muerta como el que fue mi padre. Y no me atreví a preguntarle nada. Aquella inmuerte estaba, y ha seguido desde entonces estando, entre mi madre y yo como un secreto sagrado.

Aquella muerte voluntaria, y sobre todo la razón de ella -¿por qué se ha matado?- empezó a ser, sin que en un principio me diese yo cuenta de ello, el misterio inicial de mi vida. En torno de aquella visión se fueron organizando todas las subsiguientes visiones de mi experiencia. Ni mi madre tenía para mí sentido íntimo sino ligada a aquel suceso, a aquel tiro que rompe un silencio de ocaso y aquel hilo de sangre sobre un rostro marmóreo”.

Analista: No sé si es un relato “nivolesco” o más probablemente se trata de un desahogo autobiográfico. Sea cual sea la verdad de lo sucedido ahí está la relación triangular: la madre abrazada al hijo y el padre muerto. Miguel tenía 5 años y nueve meses; está en plena situación edípica. El secreto sagrado se transmitió “sin quererlo”. Un hijo de Miguel de Unamuno se suicidó en 1956 con una pistola.

Podemos pensar que el acta de defunción debiera normalmente bastar, es lo que cuenta y no puede exigirse más. No podemos excluir de manera absoluta la idea del suicidio, ni tampoco la mentira piadosa de un médico complaciente con la familia.

El verso que aparece grabado en la lápida del nicho de Don Miguel dice:

Méteme, Padre Eterno, en tu pecho dolorido,
misterioso hogar
dormiré allí, pues vengo deshecho
del duro bregar.

Analista: Encontrarse con el padre “después de tanto tiempo” y que le arroje en su pecho.

En el cementerio guardan los nichos una disposición cuando menos curiosa: La hija con el padre, la madre con el hijo. El Edipo.

Salomé de Unamuno
14-Julio-1933

Miguel de Unamuno
31-Dic-1936

Concepción de Lizarraga
15-Mayo-1934

Pablo de Unamuno
de Lizarra
1956

Podemos pensar que la madre de Miguel con la muerte de sus hijos, la de su marido, los embarazos tan seguidos podría haber sido una madre desbordada, con poca disponibilidad para Miguel, deprimida. Es lo que André Green describe como “*la madre muerta*” en 1980 (narcisismo de vida, narcisismo de muerte). Cito: “*es una imago constituida en la psique del niño a consecuencia de una depresión materna, que transforma brutalmente al objeto vivo, frente a la vitalidad del hijo, en una figura lejana, átona, casi inanimada, que impregna de una manera muy honda las investiduras de estos sujetos y gravita sobre el destino de su futuro libidinal, objetal y narcisista. La madre muerta es entonces, una madre que sigue viva, pero que por así decir esta psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo a quien cuida*”. *Esta desinversión masiva del niño por parte de una madre muerta en vida es el resultado de la aparición de núcleos melancólicos.*

El padre tiene que afrontar el duelo cuando emigra a México y el duelo de su vuelta otra vez a España. Hay algo “poco diferenciado” en este hombre que busca su esposa dentro de la familia, en una sobrina mucho menor que él. Con lo que se crea una confusión de las generaciones derivada del matrimonio edípico de sus padres, donde la abuela es la tía, él es primo hermano de su madre, sobrino nieto de su padre... Las generaciones se han telescopado.

Siguiendo a la Escuela Psicosomática de París, Pierre Marty define en la Psicosomática del



adulto: *Al superyó como heredero del complejo de Edipo y su único fin es ser el guardián de la prohibición del incesto. El ideal del yo es creador de obligaciones, aunque diferibles.*

Y al yo-ideal, al aspecto conservado y recuperación del narcisismo primario, el yo-ideal es testimonio de una insuficiencia evolutiva parcial del aparato mental que ha obstaculizado la organización temporo-espacial individual, el preconsciente y el yo, imágenes sucesivas de medida del principio de realidad en el curso del desarrollo. El yo-ideal representa la desmesura, la exigencia, la tiranía.

Por eso, el Dios de Miguel es un Dios infantil, sádico, sin piedad, la proyección de sus aspectos orales y anales.

Ese abrazo de la madre con Miguel, al día siguiente de la muerte del padre... ese “estar apachugado” y ese transcurrir de los minutos en el mayor de los silencios... “estaba tan muerta como el que fue mi padre”. Este abrazo guarda el secreto sagrado y silenciado que se transmite a través de las generaciones, (me inclino más bien al suicidio del padre).

Bibliografía

- López Peñalver, JL (1993). “Vacío, dolor mental y creatividad. El vacío mental”. III Anuario Ibérico de Psicoanálisis. Sociedad Española de Psicoanálisis; Asociación Psicoanalítica de Madrid y Sociedad Portuguesa de Psicoanálisis.
- Zambrano, M. (1940). “El freudismo, testimonio del hombre actual”. La Verónica, La Habana.
- Unamuno, M. de (1901). “Del sentimiento trágico de la vida”. S.L.U. Espasa Libros. Barcelona.
- Unamuno, M. de. (2008). “Paz en la guerra”. Tafalla, Txalaparta.
- Salcedo, E. (1964). “La vida de Miguel de Unamuno”. Editorial Anaya.

Pienso que sufría de crisis melancólicas, padecía de angustias arcaicas de aniquilación, de derrumbe, de pérdida de la unidad yoica y que las somatizaciones le salvaban precisamente del suicidio. Al parecer dormía muchas horas al día, lo que le valía a él de un refugio narcisista defensivo. También las circunstancias políticas de las que fue víctima y el exilio le servían para espiar la culpa que le persiguió toda su vida. Es decir, su masoquismo moral que le hacía ponerse “a tiro” para ser castigado (exilios, destituciones, ataques por sus enemigos).

Siento gran admiración por este gran Don Miguel, que pese a las hipótesis de sus conflictos internos, fue un gran filósofo, poeta, ensayista, novelista, autor de teatro, pedagogo... Con una inmensa capacidad creativa y sublimatoria. Era un hombre recto, honrado e íntegro, en definitiva un gran humanista; que nació y murió entre guerras “inciviles” como decía él, en una España convulsa.

- Freud, S. (1925-26). “Inhibición, síntoma y angustia”. Amorrortu editores. Tomo XX. Capítulo XI.
- Freud, S. (1915). “De guerra y muerte”. Temas de actualidad. “Nuestra actitud frente a la muerte”. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). “Una neurosis demoníaca en el Siglo XVII”. Amorrortu editores. Tomo XIX. Capítulo III.
- Freud, S. (1919). “Lo ominoso”. Amorrortu editores, Tomo XVII.
- Freud, S. (1928). “Dostoieski y el parricidio”. Amorrortu editores. Tomo XXI.

• Recibido: 29/10/2014.

• Aceptado: 02/02/2015.

Globo Rojo. Revista de los pacientes del Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda, Mondragón (1982-1999).

Globo Rojo. Journal of the patients of Santa Águeda Psychiatric Hospital, Mondragón (1982-1999).

Óscar Martínez Azumendi. Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza.

Resumen: Desde la aparición en 1837 de la primera publicación periódica producida por los propios enfermos en un hospital psiquiátrico, a los mucho más modernos blogs y talleres de creación literaria, son muy diversas las experiencias que han utilizado la producción escrita de las personas atendidas en una institución psiquiátrica, bien sea hospitalaria o ambulatoria, como forma de tratamiento y ocupación, información a propios y extraños, e incluso de imagen hacia el exterior, bien sea esta con fines publicitarios de la propia institución o más recientemente como forma de lucha contra el estigma de la enfermedad mental. El estudio de este tipo de materiales puede ofrecer una visión complementaria en la reconstrucción histórica del devenir asistencial y opiniones de los pacientes a lo largo de los años.

El objetivo del presente trabajo, tras resumir algunas de las características particulares y objetivos que podemos apreciar en este tipo de publicaciones agrupándolas en diferentes periodos históricos, será esbozar un breve recorrido a lo largo de la pequeña historia de una de esas revistas escritas por pacientes psiquiátricos. El “Globo Rojo” fue una experiencia poco convencional iniciada a principios de la década de los 80 en el Hospital Psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón y que ha tenido cierto eco mediático en diferentes momentos.

Palabras clave: Publicaciones de pacientes psiquiátricos. Creatividad y enfermedad mental. Literatura y enfermedad mental. Terapia Ocupacional. Rehabilitación.

Summary: From the first appearance in 1837 of a periodical publication produced by the patients in a psychiatric hospital, to the more modern blogs and creative writing workshops, there are multiple experiences that have used the written production of people attended in a mental institution, either inpatient or outpatient, as a form of treatment and occupation, information to locals and foreigners, and even as means of image, whether this could be considered just institutional publicity, or more recently tries to combat the stigma associated to mental illness. The study of these materials can provide additional insight into the historical reconstruction of healthcare trends and views of patients over the years.

The aim of the present work, after summarizing some of the particular characteristics and objectives in this type of publications along different historical periods, will be the outline of a brief history of one of those magazines written by psychiatric patients. The “Globo Rojo” was an unconventional experience that begun in the early 80s at Santa Agueda Psychiatric Hospital in Mondragón (Spain) and the echo received from the media at different times.

Key words: Psychiatric patients publications. Creativity and mental illness. Literature and mental illness. Occupational therapy. Rehabilitation.

Desde la aparición de la primera publicación periódica producida por los propios enfermos en un hospital psiquiátrico, a los mucho más modernos blogs y talleres de creación literaria, son muy diversas las experiencias que han utilizado la producción escrita de las personas atendidas en una institución psiquiátrica, bien sea hospitalaria o ambulatoria, como forma de tratamiento y ocupación, información a propios y extraños, e incluso de imagen hacia el exterior, bien sea esta con fines publicitarios de la propia institución o más recientemente como forma de lucha contra el estigma de la enfermedad mental.

En la tabla 1 se resumen las principales características observadas en la evolución de este tipo de publicaciones, cuyo primer número sorprende comprobar que se remonta a un ya muy lejano verano de 1837. Su nacimiento fue debido al entusiasmo de un tal Barbour Badger quien, con experiencia editorial previa, durante su ingreso en el *Hartford Retreat for the Insane* en Connecticut proyectó la edición del semanario *Retreat Gazette*, al que él mismo se refirió como “*algo nuevo bajo el sol*”, ironizando seguidamente “*aunque hay muchos periódicos completamente locos, no conocemos ninguno que lo reconozca*” (1). Desafortunadamente, tal y como suele suceder con este tipo de proyectos dependientes fundamentalmente del entusiasmo y disposición personal, se publicaron solo dos números.

Pocos años después, entre 1842 y 1846, seguiría sus pasos el *Asylum Journal* de Brattleboro, en Vermont, publicación para la que bien pronto se reclamó el honor de ser el primer “*diario de noticias periódico*” publicado en un manicomio, tal y como se señalaba en las primeras memorias del hospital (2). También en este caso su nacimiento fue gracias al afán de un joven paciente, William S. George “*The Crazy Man*”, impresor entonces de 17 años y que con el tiempo llegó a ser un renombrado editor y propietario del *Lansing Republican* de Michigan.

A partir de esas fechas, las publicaciones en lengua inglesa se suceden a ambos lados del Atlántico, alimentadas por los postulados del tratamiento moral que contemplaba las ocupaciones no manuales, tales como la escritura y otras actividades artísticas y deportivas, como una labor más acorde a las clases sociales más altas e ilustradas (pensionistas de pago en las instituciones

de mayor prestigio). Dichas publicaciones, generalmente de contenidos cultos y carácter pedagógico, se imprimieron cuidadosamente con la estética y estilo de las hojas periódicas de la época, para ser distribuidas en el exterior e intercambiadas con otros periódicos y revistas.

Un ejemplo de este tipo de boletines más cercano a nosotros fue *La Razón de la Sin Razón, Revista de Medicina e Higiene Mental redactada, impresa y litografiada por los señores pensionistas del Instituto Manicómico de San Baudilio de Llobregat (Barcelona) y dirigida por el Director del mismo Instituto D. Antonio Pujadas*, publicada a partir de 1865, posiblemente la primera de sus características en la Europa continental y la primera de contenidos psiquiátricos en España (3).

Con el declive del modelo de tratamiento moral, acompañado del deterioro asistencial y masificación de las instituciones, las entusiastas publicaciones surgidas principalmente de la pluma de sus internados van disminuyendo, pasando las existentes durante la primera parte del S. XX a tomar un carácter y orientación básicamente institucional y donde los contenidos escritos por los propios pacientes no dejan de ser meramente testimoniales, pudiendo considerarse instrumentos más al servicio de la propia institución y sus trabajadores que como una herramienta terapéutico-ocupacional dirigida a la población hospitalizada.

Un nuevo y renovado empuje en la publicación de revistas, ya en tiempos de la II Guerra Mundial, llega de la mano de la llamada Psicoterapia Institucional francesa, que contempla los boletines internos ciclostilados como un medio ideal para la divulgación de información, favorecer la autogestión de los pacientes ingresados e incluso colaborar con su tratamiento al incluir comentarios de los psiquiatras a algunos de los textos publicados. El impulso es tal que llega a asegurarse que en Francia, para 1966, “*casi todo servicio publica un boletín*” (4). Recurso institucional que solo muy tímidamente empieza a introducirse en España a finales de dicha década.

Los objetivos principalmente terapéuticos van dando paso progresivamente a enfoques ocupacionales menos ambiciosos, derivando los talleres de revistas a ser parte de diferentes programas de rehabilitación. Al principio en formato casi artesanal (textos mecanografiados y dibujos

recortados, en fotocopias grapadas con un precario aspecto formal), para con la aparición de los procesadores de textos y editores digitales, adquirir formatos estéticamente más cuidados (maqueta digital con fotografías y gráficos, color, impresión y encuadernación semiprofesional,...). Finalmente, gran parte de la producción deja de ser impresa en papel para divulgarse en Internet en forma de blogs y páginas web, cuyo más reciente desarrollo son aquellos publicados de forma individual por iniciativa de personas con una enfermedad mental u otros que, alejándose del modelo y tipo de contenidos más tradicionales, buscan el empoderamiento y la recuperación, a la vez que persiguen combatir el estigma asociado a la enfermedad, generalmente escribiendo “en primera persona” tal y como ha venido también a identificarse este tipo de escritos.

Algunos ejemplos de revistas, más o menos encuadrables en cada uno de los anteriores modelos, se presentan en la tabla 2. Ahí se incluyen también otras tres publicaciones que resultan difíciles de encajar en la clasificación propuesta: a) *L'Antialieniste*, publicado en 1893 en París por Charles Etlinger, ingresado en Bicetre, que se muestra en sus páginas sorprendentemente crítico y ofensivo frente a diversos alienistas de la época, y a quien conocemos clínicamente tras aparecer como ejemplo diagnóstico de “locura moral”¹ en la obra de Philippe Chaslin (5) b) *Il Picchio*, promovido en 1962 por Basaglia en Gorizia y que este utilizó como plataforma divulgativa de sus planteamientos anti-institucionales (6). c) Y el *Globo Rojo* que hemos considerado, quizás de forma excesiva, como anti-convencional, tanto por sus objetivos, como por los contenidos y forma de presentación y divulgación, y el consiguiente eco generado en el exterior, no solo en diferentes medios periodísticos, si no en otro tipo de producciones artísticas tales como la obra poética de Leopoldo María Panero o la pictórica de José Luis Zumeta. Anti-convencional también por surgir expresamente sin ánimo estrictamente terapéutico, pedagógico ni rehabilitador, no promovida ni apoyada económicamente en un primer momento desde la institución, sin secciones fijas ni prefijadas, sin dar especial referencia de actividades o celebraciones de la institución, no siendo corregidos formal-

mente los textos ni especialmente seleccionados, teniendo cabida cualquier producción de los participantes entre sus páginas. En cuanto a su inspiración general, en la tabla 3 se extraen algunos párrafos de una carta escrita en los primeros años intentando explicar la experiencia.

Tabla 3. Texto extractado de una carta escrita en 1984 en respuesta a la solicitud de información por parte de otra institución psiquiátrica interesada en la experiencia

...Desde un principio rechazamos de plano la posibilidad de utilizar la actividad como una “técnica terapéutica”, sino más bien lo encuadrábamos dentro de las necesarias actividades socioculturales de todo colectivo humano que, junto a la movilización del ambiente sanatorial, a nosotros nos permitía ilusionarnos dentro de un proyecto de este tipo... Rechazamos toda posibilidad de crítica y análisis del material aportado, así como intentamos en lo posible evitar connotaciones pedagógicas u orientaciones formales que, si bien son presumiblemente necesarias en un taller de literatura, no era nuestro caso.

Nos animaba la posibilidad de “sorprender” al lector con la creación espontánea sin más aditamentos, junto a la posibilidad de un lugar de encuentro donde los pacientes pudieran utilizar su palabra. Por esta razón intentamos en lo posible evitar toda publicación de material no aportado por los propios enfermos queriendo evitar jerarquías dentro de los escritos junto a un presumible riesgo de adoctrinamiento desde ellos.

...proyectamos que todo el trabajo lo hicieran los propios pacientes (pasar a máquina, buscar iconografía, montar las hojas, encuadernar...), aventurando así una nueva gama de actividades paralelas. Esto, bien pronto nos dimos cuenta que no era posible, no disponíamos de tiempo personal, ni de otras personas que pudieran dirigir todo ello... La metodología que seguimos fue una reunión semanal donde se llevaba el material realizado y donde se discutían los aspectos más relevantes de la marcha de la edición. Como ya he comentado en un principio la asistencia era escasa, en algún momento una o dos personas, pero con el tiempo acudían regularmente cerca de 20 personas.

...Se puede asegurar que las reuniones eran uno de los momentos semanales más agradables, tanto para los pacientes como para nosotros. Si bien estaba fuera de nuestro ánimo el suponer una actividad terapéutica, es innegable el papel positivo de la revista en algunos de los pacientes... Con el tiempo surgen una serie de actividades secundarias como un local propio e identificado, tablón de anuncios, fiestas, excursiones, quiniela, biblioteca... en general todo ello animado desde dentro del grupo...

31 octubre 1984

¹ Categoría diagnóstica que hoy identificaríamos mejor como trastorno de personalidad de tipo psico o sociopático.

Tabla 1. Evolución conceptual de revistas y otras publicaciones periódicas realizadas por pacientes psiquiátricos. Clasificación esquemática simplificada

	1865	1900	1947	1960	1970	1980	1990	2000	2010
	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter beligerante contra los profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter estratégico contra el manicomio 	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter inusual 						
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación Anti alienista 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación Anti institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación Anti institucional 						
	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter pedagógico 	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter ocupacional 					
1837	<p>Tratamiento moral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas individuales • Actividad para pensionistas • Aspecto culto • Imagen de la institución al exterior • Intercambio de publicaciones • Ellos mismos como noticia para la prensa 	<p>Orden institucional y espíritu corporativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carácter orgánico • Orientación básicamente pro-institucional • Las aportaciones de pacientes pueden ser casi testimoniales • Instrumentos más al servicio de la institución y sus trabajadores que herramienta terapéutico-ocupacional dirigida a la población hospitalizada 	<p>Psicoterapia institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la autogestión • Importancia de la información objetiva • Comentarios a los textos por el psiquiatra • No dirigidos al exterior, uso interno 	<p>Rehabilitación y Terapia ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy extendidas en nuevos encuadres comunitarios • Estructuración de contenidos a semejanza de revistas y periódicos (secciones fijas) • Riesgo de trivialización • Problemas con el tempo de las noticias de actualidad • Predominio de dibujos 	<p>Rehabilitación y Terapia ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño más cuidado • Maqueta por ordenador, requiere conocimientos de edición digital • Imágenes tomadas de Internet • Predominio de fotografías 	<ul style="list-style-type: none"> • Blogs y publicaciones electrónicas • “la 3ª Ola” 	<p>Recuperación, contra-estigma, en primera persona</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carácter testimonial y reivindicativo • Blogs personales • Experiencias en primera persona • Colectivos de afectados 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Archivos electrónicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Archivos electrónicos
	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación al estilo de hojas periódicas de la época • Impresos cuidadosamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación artesanal • Mecanografiados o multicopiados o impresos • Otros (mural, hablado...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación artesanal • Escritos y mecanografiados • Fotocopias en b/n 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación artesanal • Escritos y mecanografiados • Fotocopias en b/n 	<ul style="list-style-type: none"> • Impresión profesional • Uso de editores de texto • Utilización de color 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Archivos electrónicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Archivos electrónicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet • Archivos electrónicos 	

Tabla 2. Ejemplos de publicaciones periódicas realizadas por pacientes psiquiátricos. La inclusión en una u otra columna no excluye otras características del resto. Algunas otras revistas en Latinoamérica no incluidas arriba: Ecos de Las Mercedes (Argentina, 1995); Nanacinder (Venezuela, 1954); Sale el sol (Venezuela, 1998); Guillermo (Venezuela, 1999); Momento Narrativo (Venezuela, 2003). No se incluyen otras publicaciones en idiomas diferentes al español, inglés, francés e italiano

1837	1865	1900	1947	1960	1970	1980	1990	2000	2010
<p>Tratamiento moral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retreat Gazette (1837) - Asylum Journal (1842-46) - The Illuminator (1843) - The New Moon (1844) - The Morningside Mirror (1845) - The Chronicles of the Cloister (1848) - Gartnavel Gazette (1855) - The Opal (1850-1860) - Excelsior (1857) - The York Star (1857) - La Razón de la Sinrazón (1865) - Loose Leaves (1870) - The Meteor (1872) - The Friend (1872) - The Sunnyside Chronicle (1887) - St. Andrew's Review (1888?) - Under the Dome (1889) - The Fort England Mirror (1891) - The Conglomerate (1891) 	<p>"Literatura lunática" y "locos literarios"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Gleaner de Madopolis (1865) - Diario dell' Ospizio di San Benedetto in Pesaro (1872) 	<p>Orden institucional y espíritu corporativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Hydra Edimburgo (1917...) - Orchard Leaves M.d.C. (1934) - Salud y Alegría (1943) - The Broadmoor Chronicle (1944) - Crichton Scoop (1945) 	<p>Psicoterapia institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Tremplin (1948) - Le Chantier (1950) - Trait d'union (1950) - La Borda Éclair (1950s) - Ambiente [mural] (1966) - Vida Nueva (1968) - Club Pere Mata (1972) - La Voix de Centujean (2013) 	<p>Psicoterapia institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amunt (1970s) - Espigas (1970s) - Comunidad (1971) - La Chispa (1973) - La Tapia (1973) - Altozano (1977) - Ambiente (1978) - Terapia 2000 (1979) - Convivencia (1981) - Elefante (1981) - Video-diario CPB HD (1984 ca.) - En un momento dao (1984) - Torre de la Creu (1984) - Ying Yang (1986) - De 3'30 a 5 (1990 ca.) - Petirrojos (1990s) - La Idea (1990s) - Actual (1990s) - El eco del hospital (1992) - Síntesis (1990s) - El Eco de los residentes (1994) - Taoka (1995) - Mentalmente Hablando (1997 ca.) - C.T... OYE (1997 ca.) - Lo + destacado (2010) 	<p>Il Picchio (1962)</p> <p>Orientación Anti institucional</p>	<p>Globo Rojo (1982)</p> <p>Orientación Anti convencional</p>	<p>Rehabilitación y Terapia ocupacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Voz de Museo (1998) - Reflejos - Zaragoza (1998) - Reflejos - Zamora (2000) - Palabrería (2002 ca.) - Tisana (2003 ca.) - Espacio abierto (2003) - Nuevo Eco (2003) - Trebol (2004 ca.) - Papyrus (2004 ca.) - Gaiola Aberta (2005) - La Pérgola (2005) - Despertares (2005 ca.) - La Flipadura (2006) - Manos abiertas (2007) - g14@kik (2008) - Ya te vale (2008) - Descúbrenos (2008) - Comunicando-nos (2010) - K passa (2010) - La Poilla (2010) - Algo se dice [mural] (2010s) - Palabrería (2012 ca.) - Revista de Mente (2012) - El Periodiquín (2012) - Superchula (2014) - ARTerías con locura (2014) - Vimbios (2014) - Revista UTCA (2014) 	<p>2000</p> <ul style="list-style-type: none"> - USMI Jaen (2006) - Marionetas terapéuticas (2007) - Reflexiones de un loco (2007) - CRPS León (2008) - URA Macarena (2008) - Cada loco con su tema (2008) - Nuevo Eco (2008) - Saltando Muros (2009) - Revista Tisana (2009) - Comunicando-nos (2010) - AYUCA (2010) - CRPS Salamanca (2010) - O candil sen luz (2011) - Gritando en blog baja (2012) - La Tribu Irratia (2012) - Rompecabezas (2012) - Arraztalo (2012) - Conxolusion (2012) - UTMS Sokoa Caser Betharram (2013) - Gure ahotsa (2013) - URA Algeciras (2013) - Fundacion Manantial (2013) - Iblitzmanmanía (2013) - Versos como azadas (2013) 	<p>2010</p> <p>Recuperación, contra-estigma, en primera persona</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuaderno de un esquizofrénico (2008) - El rincón de las palabras (2008) - Sapame (2008) - Imaginave (2009) - Mentes no tan brillantes (2010) - Esquizoqué (2010) - Emiliaonline.org (2010 ca.) - Primera vocal (2011) - Guerrero de la luz (2011) - Col-lectiu Obertament (2012) - La Voz de Museo (2ª época) (2012) - Pensamientos a la sombra de un pino (2014)



El objetivo del presente trabajo será esbozar un breve recorrido histórico a lo largo de la pequeña historia de esta última revista, sin entrar a la descripción ni análisis en extenso de sus contenidos, accesibles en su totalidad en otro lugar.²

Globo Rojo (GR) fue una experiencia digamos que “alternativa” que tuve la oportunidad de impulsar (GR nº 9 p. 9), junto a otros compañeros³, a principios de la década de los 80 en el Hospital Psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón, antiguo balneario donde Cánovas fue asesinado por el anarquista Angiolillo en 1897 para poco después ser comprado y reinaugurado como hospital psiquiátrico por la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios. Tal y como suele ser habitual para otras publicaciones similares, “Globo Rojo” fue el título seleccionado por los primeros redactores del fanzine de entre un total de más de 50 pintorescos nombres, propuestos en una animada reunión (GR nº 4, p. 4). Describía la vívida alucinación de uno de los redactores en forma de bola encarnada que se le acercaba y alejaba.

En el hospital han existido también otras publicaciones, tanto antes como después, si bien muy diferentes entre ellas. Con el optimista título de “*Salud y Alegría*” se editó una a principios de los años 40 (desaparecida en pocos años para reeditarse de nuevo durante un tiempo al inicio de los 60). La mayor parte de sus contenidos tenían un carácter institucional y religioso, con limitadas aportaciones por parte de los enfermos hospitalizados que es evidente

debían ajustarse al canon estético y moral impuesto por la publicación ocupándose de los contenidos más livianos y humorísticos. Ya más recientemente a mediados de 2008, otro grupo de personas, coordinados por el Servicio de Terapia Ocupacional, retomaron la idea de una publicación desde dentro de la institución bajo el futurista nombre de “*g14@klik*”. Algunos de los redactores habían participado antes en el Globo Rojo, aunque para la mayoría era un reto totalmente nuevo. Obviamente es un producto totalmente diferente que en estos momentos lleva editados al menos 9 números, maquetados digitalmente con gran cuidado y profusión de imágenes a todo color.

La principal premisa editorial del Globo Rojo fue la publicación de la producción literaria y gráfica de los pacientes sin censuras, correcciones ni otras manipulaciones, lo más fielmente posible a su forma de producción espontánea. El resultado fue un fanzine, primero tirado en fotocopias y luego en la propia imprenta del Hospital, que empezó a venderse por 100 pts. en los bares de Mondragón por los propios pacientes, así como en un par de librerías de las entonces denominadas progres de Bilbao y San Sebastián, para acabar siendo vendidos a 150 pts. el ejemplar tras un breve periodo en que llegó a costar 200 pts. entre los números 12 y 15. De forma inesperada el proyecto tuvo un relativamente importante eco mediático y diversos reporteros se acercaron al sanatorio interesados en la experiencia, que se mantuvo con mayor o menor frecuencia en la aparición de números sucesivos a lo largo de los años, llegándose a publicarse un total de 24 números de aparición muy irregular entre junio de 1982 y algún momento de 1999.

² Los 24 números publicados del Globo Rojo (1982-99) se encuentran digitalizados en https://drive.google.com/folder/view?id=oB_JcP4T6G7QjTk5QRmNCYIFFUEk&usp=sharing, pudiendo consultarse una colección de copias originales en la biblioteca municipal de Mondragón. La información aquí recogida puede ampliarse en <http://www.psiquifotos.com/2009/07/81-el-globo-rojo.html> y <http://www.psiquifotos.com/2010/04/136-el-globo-rojo-y-sus-psiquifotos-en.html>, donde están también accesibles diferentes imágenes y varios de los documentos aquí citados.

³ Aún a riesgo de olvidar a varias otras personas que participaron en mayor o menor medida a lo largo de los años, citaré a los médicos residentes Pablo Gallastegui en los inicios y Mabel Marijuan como continuadora en una primera época, seguidos por la trabajadora social Cristina Padilla que luego mantuvo el proyecto a lo largo de los años acompañándolo de toda otra serie de actividades socioterapéuticas.

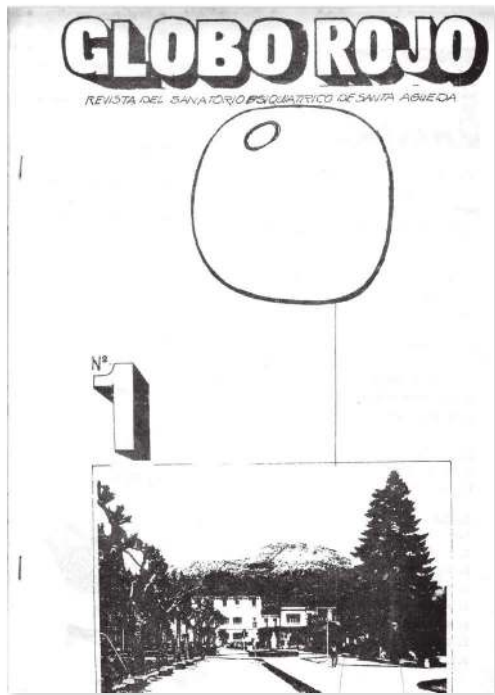


Imagen 1. Ejemplar nº 1 (junio de 1982) del Globo Rojo.

En su última época se observa que cada vez costaba sacar más un número, llegando a demorarse incluso más de 1 o 2 años entre sí, resultando ahora muy difícil datar con fiabilidad los ejemplares dado que estos no van fechados en ningún lugar, pudiendo ordenarse únicamente por el número impreso en la portada (tabla 4). Parece ser que posteriormente hubo algún intento frustrado de reedición en 2005 en un formato diferente, que finalmente no pudo despegar.

La publicación surgió como fruto de diversas discusiones acerca de la necesidad, según nuestra forma de ver, de una actividad en el ámbito hospitalario que, junto a ciertas características ocupacionales y socio-terapéuticas para los pacientes y sin ser estas el objetivo principal, a nosotros nos permitiera un mayor acercamiento a lo que en aquellos momentos nos referíamos como “mundo psicótico” actuando asimismo como medio de divulgación al exterior de parte de ese mundo interno de los pacientes. Así se apoyó en dos premisas fundamentales como fueron “*revista interna para el exterior*”, donde encontrar cabida “*todo lo de todos*”. Para Goff-

man (7), la aparición de boletines como órganos institucionales buscaría delimitar la institución como dentro de un círculo que le confiriera cierto tono de realidad pública a su mundo interior, siendo en ese sentido lo contrario de lo pretendido por el Globo Rojo cuyo principal afán estaba dirigido precisamente a legitimar la irrealidad de ese interior.

Tabla 4. Año probable de publicación de cada número del Globo Rojo

Nº	Año	Nº	Año
1	Junio 1982	13	¿?
2	1982	14	1990
3	1982	15	¿?
4	1983	16	1991
5	1983	17	1991
6	1984	18	1992
7	1984	19	1992
8	1985	20	1993
9	1986	21	1994
10	1987	22	1995
11	1987	23	¿?
12	1988	24	1999

Estábamos también muy influidos por los postulados psicoanalíticos en relación con el inconsciente y por este motivo, interesados en el papel que la denominada escritura automática pudiera tener como vía de acceso al mismo, así como en lo atractivo de dicha técnica utilizada desde el punto de vista de las corrientes surrealistas. Perspectiva compartida seguramente por muchas de las personas que se interesaron extramuros por la revista, esencialmente por la calidad o al menos surrealismo e impenetrabilidad de los contenidos, que llegaron a recogerse incluso en alguna revista literaria (8), o los hicieron merecedores de arrebatadas reseñas que fueron acogidas entre el desconcierto y el

agradecimiento por los protagonistas de todo aquello (Imagen 2). Por otra parte, en un momento en que las instituciones asilares habían empezado poco tiempo atrás a abrirse al exterior, este tipo de experiencias, entendidas como estrategias ocupacionales y expresivas, tenían sin duda su tirón como noticia periodística bien merecedora incluso de alguna que otra imagen gráfica acompañante (9-14).

Editada en un principio en forma de fotocopias grapadas, poco a poco se intenta dignificar lo más posible su presentación y con ella el valor aparente de sus contenidos, se añaden dos tintas a la portada y en algún número las páginas interiores, aunque monocromáticas, se imprimen en diferentes colores alternos. La impresión y grapado se realizaba en la propia imprenta de los talleres ocupacionales del hospital, para luego externalizarse en 1988 a una imprenta fuera (GR n.º 12, 1988). Previamente se había solicitado el número de “Depósito Legal” (SS. 341-85), adquiriendo de esta manera un carácter más público y oficial (GR n.º 8, 1985). Financieramente en un principio se pretendió pudiera ser autosuficiente, apoyándose en el dinero derivado de su venta y como búsqueda de la mayor independencia posible frente a la propia institución, sin embargo esta opción retraía los fondos que también se pensaba podrían destinarse a otras actividades sociales que reforzaran al “Comité Editorial”.

En relación con los contenidos, desde el primer momento se propuso evitar su presentación y maquetado en forma de secciones tópicas más o menos habituales en otras publicaciones amateurs (noticias, deportes, cocina, humor, pasatiempos...) que, sin poder competir con las revistas profesionales al uso, por otra parte no aportarían mucha novedad o interés añadido para el público general. Igualmente se evitó incluir secciones que pudieran conllevar cualquier tipo de ánimo pedagógico o de adoctrinamiento por parte de personas ajenas a la redacción, lo que ocasionalmente generó ciertas tensiones al entender la institución que siendo una publicación interna podría también utilizarse para sus fines pastorales.

Con todo ello, no era entonces necesaria la emulación del escribir periodístico o “sano”, si no que podía tener cabida cualquier producción

literaria o gráfica, por extraña, incomprendible o primitiva que pudiera aparentar, tales como garabatos, pequeños dibujos, neologismos y construcciones literarias idiosincráticas incluidas las faltas de ortografía si se diera el caso. Todo valorado y maquetado en pie de igualdad con otras aportaciones formal y académicamente más elaboradas. En este sentido, tuvo también mucha importancia la composición y presentación estética de cada una de las páginas, buscando una imagen visualmente atractiva al enriquecerse con heterogéneas imágenes recortadas de otros lugares. Un tipo de actividad que primero fue pensada podría realizarse por el propio grupo de pacientes, pero que sin embargo solo pudo sostenerse por el interés individual desde la coordinación.

Sin embargo, lo cierto es que los principios de la experiencia no fueron todo lo fáciles y coloristas que ahora pudiera parecer. A pesar de existir ya para aquellos años múltiples experiencias de publicaciones periódicas en instituciones psiquiátricas, intramuros fueron muchos los que contemplaron la experiencia con escepticismo, sino incluso como amenazante del orden institucional. Hubo días, al principio, en que ni siquiera se puso a disposición del pequeño “comité editorial” un local adecuado, con lo que ocasionalmente las reuniones tuvieron que realizarse en el descansillo bajo el hueco de la escalera de la planta baja de uno de los pabellones. Incluso, a pesar de realizarse en los talleres “ocupacionales” del propio hospital, el coste de la impresión valorado a precio de mercado se presentó ocasionalmente en forma de factura nominal a nombre del promotor, cantidades a las que hubo que hacer frente en detrimento de las posibles ganancias que en su momento se pensó irían a un fondo destinado al disfrute de los colaboradores en forma de excursiones y otras celebraciones.

Con la aparición de cada número, la publicación fue siendo cada vez más conocida en el entorno, con el consiguiente eco en los medios (15-17), incluida una sonada aparición en la revista erótica LIB (18), que dan cuenta de su existencia. Es posible este impacto en el exterior, más que los beneficios observables dentro de la propia institución, lo que llevó a consolidar la existencia de la revista como vemos, ya en 1984, en el suplemento dominical de un influyente rotativo

Un fanzine en Santa Agueda

Realismo

Si, se llama "Globo Rojo" y se lo muestran los intrínsecos, o si quieres elegid cualquier otro tapaje técnico, que a ellos naturalmente les da igual, es el hombre de la calle y a la genry —biempensancia: equivale a turbes, sólo que con ronzolaje— a quien pertenece la palabra metemélico. Resaca el puñeta, lo bojea, lo bofea con los ojos de las cosas silénciosas de esa casa a quien tanto nos gustaría encontrar en sociedad, sólo que ya sabe usted lo que pasa, son utopías, y además que el paro que hay. Luego cambios de mirada, arrojás lejos de ti los ojos de pollo de miembro de las masas sensatas, haces un esfuerzo por ser objetivo, aunque sólo sea una vez en tu vida, y ya está el milagro: lo del "Globo Rojo" es exactamente lo que quieren hacer, desde hacer la tira de años, generaciones y partidos estéticos. Transmutaristas y dadas, ultratas y asonanticos, bretonianos y do-Clor, incubos, sicobos y tramuchabos de lo mental, lo jasperiano, lo subliminal, lo espíritu, lo mediano. El surrealismo está ahí, en los redactores denodados que en Santa Agueda

confesionan su "Globo Rojo". Desde luego, el precio —el del surrealismo apocáptico— viene a ser un poco caro. Y te produce asorajo y repulsa de ti mismo —de tu especie— acordar sólo a veces nos definimos como esquizotímicos, neuróticos, maniacodepresivos, paranoicos, como adoptamos incluso al hacerlos poses de autocracia psíquica desde el privilegio de la libertad. Luego queremos hacer poesía abstracta y no nos sale. Cómo nos va a salir:

Supersurrealismo

En una de las páginas dice Mr. Norris, intentando explicar a qué le llama el "Nopitas", escribe: "Es un idioma que no pincha en la psiquiatría, es un idioma de calle". Y: "Te diría que es un modo, yo creo que en el día y mes de diciembre, como se le ha dicho que es un idioma que no piensa la psiquiatría, que es de vía libre. Es un autor que ejerce una fijación de fuerza en sus cuestiones del As, de la casa, del seno". Y páginas atrás, la fascinante peripetia de alguien que se presenta así: "Como soy marino y nadé en tierra mi nombre así: El

Marino Terrestre". Este colaborador se embarca de polista en el Neptunia, y aquí empieza todo. No nos cabe. Es imposible. "Globo Rojo" es un documento demasiado intenso para que el lector condescendiente y repesado se haga una idea, quiero decir un prejuicio. Baste decir que cualquiera de los argumentos de diez, quince o cincuenta líneas aquí incluidos le harían la boca tieta a más de un galeonista de tebeo duro.

Irrrealidad

Y, citos, así verdad, no hay línea editorial, no hay libro de estilo, no hay límites de espacio, no hay hora de cierre, no hay introncosas. Desde "Globo Rojo" dedos y bolígrafos insensibles dejan a la cordura en pelotas, encarnamos sus ritos de manana, sus supersticiones gramaticales, su limitación expresiva, sus cartas refuertos —en el sentido que a lo cual se le da en las suites— de rígida excentricidad, de acenarado distate, de coqueos con los tubos cerebrales, "Globo Rojo" es la libertad de creación como subconsciente cóctico, alforado y galeano. Gente que optó por el expresionismo dioniso. Héroe.

Se celebró la reunión de "Globo Rojo", en la cual se reparó en varias noticias. Amén de un verso dirigido desde Oviedo, se leyó un artículo editado en el Egin del día 18. En el cual se ruega a su autor se dirija en terminos "cristianos" ya que de "subirse a la parra" nada.

Primeramente hay que saber el castellano antes de "latinajos" y luego en idioma moderado, decir franca y llanamente lo que se piensa. (elogiable artículo, el cual agradecemos).

El marino terrestre.

"Era un poco infantil, porque eso de Nopitas se le ocurre al más pintado".

Pedro Martínez Morrás.

Sr. R. Castellano. Leído el Egin, le aplaudo por nuestras reivindicaciones y abreviaturas cerebrales y desmensuradas de Globo Rojo. Yo Fredi, le doy las gracias en nombre de todos, si es claro que no se podría censurar el Globo Rojo si es cierto porque ni un Cesar en tiempos de los romanos no nos hubiera echado a los leones sino que hubieramos estado en el Senado.

Por tanto, Sr. Castellano, amén de lo que escribimos lo hacemos con mucho gusto y en próximas ediciones esperamos complacerle con más paradojas no cerebrales, sino estructurales y benéficas al síndrome de la Democracia.

Desde aquí, en nombre de todos, gracias. Y lo de heroes es un poco hombruno y nos engrandece ya que hay gente que nos entiende. G.A.D.

FRedi.



Imagen 2. Página 12 del nº 6 (1984) del Globo Rojo. Reproducción de una reseña (12) publicada en prensa y algunas respuestas surgidas al hilo de la misma desde parte de los redactores aludidos.

autonómico donde se publicó un amplio reportaje explicando la pequeña historia de la revista y se presenta por parte de la dirección como “*parte de las distintas vías de terapia ocupacional que está llevando a cabo este sanatorio*” (19). Para entonces las reuniones de trabajo se realizaban semanalmente en un recuperado salón junto a la cafetería con un orgulloso cartel que lo identificaba como la “Redacción”, y al que empezaron a acudir también alguna que otra paciente del vecino hospital de mujeres, con administración y dirección igualmente diferenciada y activa política de separación de encuadres. Para los protagonistas de todo aquello la experiencia fue un inesperado salto a una efímera fama, acompañada finalmente de alguna que otra excursión o merienda con el dinero conseguido de la venta de la revista.

Fredi, un entusiasta colaborador habitual, escribía entonces: “*No obstante (el interés) puede incluso atravesar nuestras fronteras y quien sabe si podemos aparecer en el “Figaro”, etc... o en el “Times” inglés, o alguna persona de alguna editorial interesándose por la encuadernación del Globo Rojo. O puede atravesar nuestras galaxias... El Globo Rojo es una revista prácticamente para dosificar las penas de unos chicos voluntariosos... y así demostrar a la opinión pública de que aquí somos humanos y no como algunos creen que somos unos robots o autómatas o parásitos*” (GR nº 5).

El Globo Rojo tuvo un inesperado impulso en su proyección exterior con el ingreso en el hospital del poeta Leopoldo María Panero⁴ a finales de 1986, desde donde publicó un par de libritos con referencia directa a la institución en su título, el primero “*Poemas del manicomio de Mondragón*” (20) y luego “*Globo Rojo. Antología de la locura*” (21) dejando así bien visible a nivel global el nombre de la revista sin llegar a identificarla. En esta última obra, entremezclados con un par de poesías y un breve escrito firmados por él, se recogen una selección de pequeños textos, poesías y dibujos publicados previamente en la revista por diferentes cola-

boradores. Sin embargo en ningún lugar entre sus páginas se hace referencia al origen de la recopilación como ya publicada previamente en la revista, incluso presentándola en la introducción de forma que bien pudiera inducir a confusión: “*De todo ello hay en estos textos, no aptos ni escritos para publicarse, ni siquiera muchas veces para leerse*”. Quizás es lo que ha podido llevar a alguno a pensar que dicha producción había sido promovida por él mismo en algún tipo de taller o incluso editando la revista: “*Sanatorio Psiquiátrico Hermanos San Juan, de Mondragón. Un hombre, un loco, un poeta, pasea cabizbajo por los senderos del sanatorio. Lleva en la mano una revista, Globo Rojo, una antología de textos de enfermos mentales del mismo hospital que él edita*” (22), algo que nunca sucedió realmente en manera alguna.

En el otro sentido, la incorporación de Panero enriquece y dota de un atractivo añadido a los números del Globo Rojo a lo largo de los años, con diversas aportaciones poéticas a partir del número 10 (1987) para llegar a conformar su propia sección: “*La Poesía de Leopoldo Panero*” desde 1991 hasta finales de los años 90 cuando apareció por última vez una poesía suya en el número 23. A la vez que, seguramente debido a su protagonismo mediático, resulta igualmente fuente de inspiración y recuerdo para sus compañeros, como el ingenioso dibujo de lo que podemos suponer un vehículo repartidor de pan por las barras que se adivinan en su interior, alejándose presuroso por una estrecha carretera, y ante el que un padre indica a su hijo: “*mira, es Leovolvo el panero*” (GR nº 24, 1999 p.21). Para entonces Leopoldo Panero había trasladado su residencia más o menos habitual al hospital de Las Palmas de Gran Canaria desde 1998.

⁴ Leopoldo María Panero Blanc (Madrid, 1948 – Las Palmas de Gran Canaria, 2014) fue un poeta encuadrado en la poesía española contemporánea dentro del grupo de los novísimos.



Imagen 3. Algunos redactores del Globo Rojo en 1988 (17). Leopoldo Panero bromea con “El Marino Terrestre”, uno de los más activos y entusiastas miembros participantes desde el principio hasta su fallecimiento poco antes del último número y que incluso llegó a vender un ejemplar al entonces Lehendakari José Antonio Ardanza (16).

Más recientemente, un inesperado interés por el Globo Rojo y el recuerdo de su existencia vino de la mano de otro artista, en esta ocasión plástico. José Luis Zumeta⁵ fue una de aquellas personas que a principio de los años 80 conoció el Globo Rojo a través de alguno de los puntos de distribución de la revista extramuros del sanatorio. De su lectura le surgió entonces la idea de realizar un trabajo inspirado en aquellos textos e ilustraciones, proyecto que quedó durante muchos años en el olvido, hasta 2006 cuando su hija Usoa, impresora y editora de arte, le sugirió retomar el plan. El resultado, plasmado en una edición limitada de 150 ejemplares numerados en formato de gran libro impreso en papel artesanal, incluye 26 textos rescatados de la revista que traducidos al euskera e inglés se intercalan entre 38 serigrafías de unas vívidas y coloridas imágenes abstractas. La obra, que se editó también en una tirada masiva en off-set y pequeño formato accesible a todos los bolsillos (23), se presentó en julio de 2009 con una importante

exposición temporal titulada “*Oi! Bihotz Ay! Corazón Oh! Heart*” en el Museo de Bellas Artes de Bilbao, recorriendo posteriormente diferentes pinacotecas y galerías con el consiguiente reflejo mediático que obviamente hizo reactualizar la memoria e interés por la publicación.



Imagen 4. Portada de la edición de bolsillo de “*Oi! Bihotz Ay! Corazón Oh! Heart*” (23).

⁵ José Luis Zumeta (Usurbil, 1939) fue uno de los fundadores del grupo Gaur. Colectivo de artistas vascos iniciado en 1966 con una exposición en la Galería Barandiarán de San Sebastián con obras de arte de Amable Arias, Rafael Balerdi, Nestor Basterretxea, Eduardo Chillida, Remigio Mendiburu, Rafael Ruiz Balerdi, José Antonio Sistiaga, Jorge Oteiza y el propio Zumeta, convirtiéndose en pioneros en muchos aspectos artísticos y punto de referencia internacional del arte en el País Vasco.

Contacto

Óscar Martínez Azumendi • oscarmartinez@telefonica.net

Bibliografía

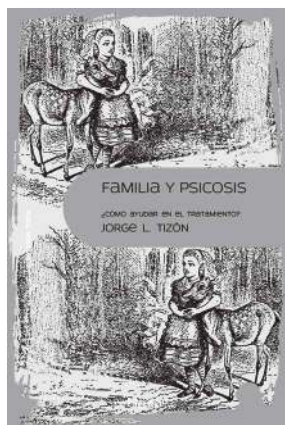
1. Badger, B. The Retreat Gazette. Retreat Gazette. Hartford, Connecticut. Agosto 1837, nº 1.
2. Ninth Annual Report of the Trustees and Superintendent of The Vermont Asylum for the Insane. Septiembre 1845. p. 10.
3. Martínez Azumendi, O. “La Razón de la Sin Razón”, revista de los señores pensionistas de un instituto manicomio, y la otra prensa “cuerda” de la época (1865, 1879-81). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015; 35 (125), 193-214.
4. Bardet. Du rôle possible du journal dans un service institutionnel. Revue de psychothérapie institutionnelle. 1967, 5 : 23-37.
5. Chaslin, P. Eléments de Sémiologie et de Clinique Mentales. Asselin, 1912. Consultada la traducción al español: Elementos de semiología y clínica mentales. Ed. Polemos; Buenos Aires, 2010. p. 630.
6. Zaccardi, M. Le riviste degli utenti dei servizi di salute mentale. Portolano digitale di salute mentale. Enero 2009.
7. Goffman, Erving (1961). Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor Books, 1961. Editado por primera vez en español como “Internados” por ed. Amorrortu, 1970.
8. El Globo Rojo. Revista editada en el Psiquiátrico de Santa Agueda – Mondragón. Porrot. Febrero 1970. Texto accesible en <http://andima.armiarma.com/porr/porro426.htm>
9. Lizarralde, A.M. El grupo de enfermos y médicos del hospital Psiquiátrico de Santa Águeda ha editado una revista titulada “Globo Rojo”. El Correo, 7 julio 1982.
10. “El “Globo Rojo” se halla a la venta en Arrasate”. La Voz (ed. Deva), 28 de julio de 1983.
11. “Globo Rojo” Santa Agedako internoek atzeratzen duten aldizkaria. Egin, 6 agosto 1983.
12. Castellano, R. Un fanzine en Santa Agueda. Egin, 18 febrero 1984.
13. Plaza, E. Escritores del Siquiátrico. Una veintena de enfermos del sanatorio de Santa Águeda, en Mondragón, hacen su propia revista. El Correo, 23 abril 1984.
14. “Globo Rojo”. Santa Agedako aldizkaria. HABE, 15 mayo 1985.
15. Urquijo, T. “Globo Rojo”, una revista editada por los enfermos el psiquiátrico de Santa Águeda. Diario Vasco, 1987.
16. Arbigara. La trastienda. Egin, 23 abril 1988.
17. Agirre, J. “El Globo Rojo” edo Santa Aguedako literatura naif-a. Hemen, 2 diciembre 1988.
18. De Tena, A. Globo Rojo. Lib, 7 de agosto de 1984. p. 32-35.
19. Vado, N. “La locura del Globo Rojo”. Deia (Suplemento), Domingo 18 noviembre de 1984: 8-11.
20. Panero, L.M. Poemas del manicomio de Mondragón. Hiperión, 1987.
21. Panero, L.M. Antología de la locura. Recopilación de textos de enfermos mentales del Sanatorio de Mondragón. Hiperión, 1989.
22. García Moriyón, F. (Coord.) Matthew Lipman: Filosofía y Educación. Ediciones de La Torre. Madrid, 2002. p 298.
23. Zumeta, J.L. Oi! bihotz = Ay! corazón = Oh! Heart. Gráficas Leitzaran. Andoain, 2009.

• Recibido: 03/02/2015.

• Aceptado: 20/02/2015.



ACTUALIZACIONES



Familia y psicosis. ¿Cómo ayudar en el tratamiento?

Autor: Jorge Tizón

Edita: Herder Ed. • 416 págs.

ISBN: 978-84-254-3242-2

¿Qué hacer cuando sospechamos que un familiar sufre una psicosis? ¿Cómo actuar en la convivencia con un de psicosis? ¿Qué actuaciones y cuidados en el entorno familiar pueden ser beneficios para el enfermo? ¿Cómo pueden las familias afrontar situaciones complejas sufriendo menos? ¿Con qué recursos de apoyo cuentan las familias?

Herder Editorial presenta *Familia y psicosis, cómo ayudar en el tratamiento*, segundo volumen de la obra divulgativa del Dr. Jorge Tizón con el objetivo de apoyar a los familiares de enfermos de psicosis con una perspectiva más integradora, solidaria y comprensiva.

Con casi 40 años de profesión, el psicólogo y psiquiatra Jorge Tizón sigue apostando por sistemas de atención a los enfermos más comunitarios y menos medicalizados, donde las familias tengan un papel esencial en el tratamiento y recuperación del enfermo. La perspectiva de los tratamientos que se abordan en el libro quiere ser más psicológica, que tenga en cuenta las vivencias, emociones de los afectados y sus familias, menos biológica, resituando el papel de los fármacos psiquiátricos en el conjunto del tratamiento de la psicosis (“su papel debería ser mucho menos y desde luego, no dominante”) y teniendo en cuenta a la sociedad organizada como fuente potencial de importantes factores de protección social y psicosocial.

La visión integradora y comunitaria de las psicosis según Jorge Tizón

(...) “El lector atento encontrara que esta perspectiva practica que aquí expongo difiere notablemente de la dictada por los grupos de poder (psiquiátrico) habituales de los «grandes centros de (supuesta) tecnología» y los departamentos universitarios o clínicos de psiquiatría dominantes. Es una perspectiva de la ayuda a estos pacientes que ha de integrarse dentro del modelo teórico y sanitario que ha dado en llamarse «atención sanitaria centrada en el consultante» y la «atención primaria (o comunitaria) a la salud mental».

Se trata de dar la palabra a los afectados y a sus familias, de ayudarles a participar mas activamente (no solo como comparsas y «ejecutores») en la organización y desarrollo de los cuidados de su personalidad y sus relaciones durante sus experiencias inusuales: tras decenios de predominio de un modelo de psiquiatría biológica, hospitalocéntrica y disociadora, los cambios, incluso técnicos y pragmáticos, no pueden sino venir de la mano de la influencia y participación directa de los afectados, de los sujetos con psicosis y sus familiares y allegados”.

Familia y psicosis proporciona estrategias e ideas asistenciales tanto de detección precoz como en las situaciones más complejas de crisis



del enfermo, o en el camino de normalización e integración en la vida cotidiana.

La obra que hoy presentamos fue concebida como un segundo volumen de un proyecto divulgativo sobre las psicosis, dirigido a familiares de enfermos y a profesionales de diferentes ámbitos que tienen contacto con enfermos. Entender la psicosis, fue el primer volumen, y se orientaba hacia una visión integradora. Allí, el autor, Jorge

L. Tizón, abordada los conceptos clave de las psicosis, sus diversas formas, fases de desarrollo y síntomas. Sintetizaba y explica en profundidad a un público no profesional las cuestiones relacionadas con las psicosis y sus efectos en los enfermos, con un enfoque plenamente divulgativo y no tan medicalizado.



La Guerra contra la violencia

Autores: Federico Aznar Fernández-Montesinos,
Enrique Baca, José Lázaro

Edita: Triacastela • 2014, 214 págs.

ISBN: 978-84-958408-7-5

Etimológicamente *Diálogo* significa “a través de la palabra” e implica la alteridad, el reconocimiento y encuentro del otro, la suma de las diversidades y las sinergias propias del mutuo conocimiento. Implícitamente incluye un marco común, sin el cual este no sería posible, por más que pueda estar, de partida, parcelado por los apriorismos. Superarlos, si existen, es su reto. En nuestro caso, el producto supera con creces la suma de cuanto aportan las partes, señal de que esto se ha alcanzado.

Y es que este libro, “La guerra contra la violencia”, se instala en la tradición de los diálogos renacentistas, en los que no se trata de convencer al otro tanto como de mirar una misma realidad desde diferentes puntos de vista. No se aúnan pensamientos contrarios sino miradas complementarias. Ni siquiera se buscan soluciones a hechos humanos cuya realidad se acepta por más que se pretenda su transformación, sino

más bien, al enriquecimiento intelectual del lector fruto de tal convergencia, la ruptura de clichés y la liquidación de los apriorismos, prejuicios y compartimentaciones con los que, aún hoy, se suelen abordar los problemas militares. En suma, se busca una mirada poliédrica y sin espacios ciegos, acorde a los tiempos que vivimos.

Ello ha reunido bajo el sello de la Editorial Triacastela a dos entidades de las que se podría sospechar, en principio y sólo por sus objetos de estudios, que tienen poco en común, como son la Fundación IATROS de Humanidades Médicas y el Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE). Sus miradas se enriquecen mutuamente, no olvidemos que para descubrir algo hay que adentrarse en lo que no nos resulta conocido.

Así, a militares de los tres Ejércitos -Baños, González Martín, Aznar, de Miguel, Fuente Cobo o Benavente- se suman filósofos, periodistas, psi-

quiabras, especialistas en humanidades médicas, antiguos Ministros de Defensa, gentes con amplio bagaje y una reputación pública e intelectual de primer nivel: Eugenio Trías (a quien se realiza una entrevista póstuma), Savater, Arcadi Espada, García Vargas, Baca o Lázaro.

El centro de gravedad de los debates se sitúa en la violencia, que se aborda desde una óptica multidisciplinar, acorde a la formación de entrevistador y entrevistado, creándose una dialéctica con la que se profundiza en el tema propuesto en cada caso: la agresividad, el terrorismo y su narrativa, la evolución histórica de la violencia y sus mecanismos, su relación con la ética y el poder, el papel de la religión, las insurgencias, la naturaleza de la guerra, sus lecciones, la imagen

social de la violencia, la guerra en el siglo XXI o la sociedad y las Fuerzas Armadas.

Utilizando el ideal renacentista plasmado por Castiglione se busca reunir en el conjunto de quienes dialogan el valor militar y el conocimiento, pensamiento y acción, la pluma y la espada, lo civil y lo militar. Con ello, no se pretende alcanzar ninguna supuesta verdad sino, evitando soliloquios, romper clichés, ayudando a normalizar lo que es normal y, sobre todo, dar ideas, hacer preguntas, pensar, crecer.

IEEE



Revista MyS Mujeres y Salud. Monográfico. Las voces que hay que oír: Alternativas a la psiquiatrización

Edita: Leonor Taboada • 2014

<http://mys.matriz.net/>

Mujeres y Salud nos presentó en su último número monográfico anual (nº 36) un material amplio dedicado a la escucha de voces titulado “Las voces que hay que oír: alternativas a la psiquiatrización”, toda una declaración de intenciones. El número tiene un sabor fresco en el que varias compañeras (y algún compañero) expertos-no profesionales y profesionales ofrecen respuestas al sistema biologicista dominante actual.

Desde la editorial, en la que Ibone Olza saca a la superficie los conflictos que anidaba en relación

con el maltrato de los pacientes psiquiátricos en el sistema de salud y renuncia a ser cómplice de este, según nos narra. En “*Oigan*”, Leonor Taboada enchufa el megáfono y nos invita a quitarnos la cera de los oídos y escuchar el mensaje nuevo y directo de quienes firman este monográfico dedicado a la escucha de voces.

La primera parte del número da un protagonismo esencial a las experiencias en primera persona (aunque alguna otra experiencia queda repartida más adelante).



En “*Las voces en mi cabeza*”, Eleanor Longden, nos presenta con asombrosa clarividencia su experiencia de escucha de voces, reflejando que en su caso (como en muchos otros) el problema surge con la *alta emoción inexpresada*. Eleanor entiende el lenguaje de las voces como una metáfora de situaciones traumáticas de la vida y nos cuenta el viaje que le llevó a decidir atender profesionalmente a las personas que atraviesan una experiencia similar.

Sara Toledano diserta sobre la cronicidad que genera el sistema psiquiátrico actual y la necesidad de un giro de tuerca hacia un sistema más cercano a las personas que sufren voces y otras experiencias perturbadoras.

Patricia Rey entrevista a Cristina Martín (“Princesa Inca”) que habla acerca de sus múltiples facetas como activista, poetisa,... Cristina reivindica que los delirios tuvieron en su caso una parte positiva, acerca de cómo los aspectos culturales influyen en lo que se considera normal o enfermo en cada sociedad, sobre por qué decidió abandonar la primera línea de activismo y pasó a poner en el centro de su vida a las personas que ocupan un lugar más importante, así como la “poesía de salvación” como terapia.

Paula Tomé realiza un ejercicio de deconstrucción del delirio para resituarlo como parte de una narrativa relacional. Nos recomienda llegar a “pactos de cuidado” que la persona que delira ha acordado con sus personas más cercanas.

Olga Runciman presenta las voces que le han acompañado durante su vida y la función que han cumplido, recuerda su paso por el sistema psiquiátrico como paciente, sistema que considera contaminado de “desesperanza” y mantenedor de la “cronicidad” de los problemas de los pacientes y narra el proceso de su recuperación señalando la importancia de haber encontrado a un psiquiatra que le transmitía esperanza.

La parte central del número da un mayor espacio a los profesionales de la salud mental. Carme Valls y Noemia Loio señalan el *maltrato* del sistema sanitario a las mujeres, considerando sus problemas emocionales como “psicosomáticos”, cuestionan la explicación biologicista de los trastornos mentales y señalan que resulta obvio

que la medicalización de éstos esta ocultando problemas de la cultura patriarcal convirtiendo a las mujeres en grandes consumidoras de psicofármacos y aumentando de forma alarmante las tasas de mujeres discapacitadas. Marta Carmona denuncia los intereses ocultos de aquellas campañas contra el estigma que son financiadas por los laboratorios farmacéuticos y de cómo estas prácticas refuerzan el estigma que supuestamente pretenden reducir.

En “*Rabia contra la máquina*”, Miguel Otero muestra el texto de un estudiante en el que éste carga contra el sistema educativo deshumanizado actual y describe la metáfora de los pacientes psiquiátricos que como los canarios en las minas de antaño son quienes primero sufren los efectos del grisú de nuestra sociedad.

M^a Consuelo Carballal y Montserrat Cendán alienan un espacio de reflexión en torno a la utilidad y actualidad de la inmovilización terapéutica.

Daniel Mackler, autor de varios documentales sobre terapias alternativas de la psicosis, aboga por una perspectiva centrada en la recuperación. Plantea que ésta ocurre con mayor frecuencia cuando los pacientes no entran en la espiral de hospitalizaciones e introducción de medicaciones fuertes habitual.

Gely Guirau presenta la Terapia Multifamiliar, terapia inspirada en el trabajo que Jorge García Badaracco realizaba en Buenos Aires desde los años 50. Plantea las características relevantes del modelo (las familias son consideradas expertas en sus propias vidas, el terapeuta adopta la postura de “no-saber” y el paciente se responsabiliza de su vida) y relata su experiencia como conductora de un grupo multifamiliar de Alicante.

Rosa Almirall denuncia la patologización de las conductas de las personas transexuales y vincula a la psiquiatría con una función sobre lo socialmente aceptable, a pesar de la evolución del concepto a lo largo de las sucesivas ediciones del DSM.

Manuel Alonso en “*Peor el remedio que la enfermedad*” denuncia su mala experiencia personal con los psiquiatras cuando era un adolescente, señalando que no empatizaban con sus necesi-

dades y e intereses, y que los profesionales y sus padres eran quienes decidían por él.

Rebeca González señala en “*Trastorno límite de la personalidad y violencia de genero*” los paralelismos entre este trastorno de personalidad y lo que Leonore Walker denominó “síndrome de mujer maltratada”.

Sabela Lodeiro, presenta el concepto de “diversidad funcional psíquica” y aboga por un modelo social de los trastornos mentales.

Silvia Pereira y Fernando Estrada reflexionan sobre lo que consideran las carencias y los retos del Trabajo Social en el sistema de Salud Mental de principios del siglo XXI: un paradigma muy estrecho y centrado en lo físico, la necesidad de un mayor protagonismo de las personas y tener más en cuenta los factores familiares y sociales, y de un sistema de intervención más coordinado e integrado. Denuncian que actualmente el Trabajo Social es fundamentalmente asistencial.

Por último, también hay un apartado para las novedades literarias del campo. Tomás L. Corominas nos presenta *Escritofrénico* (Raúl Velasco), una original novela en la que el protagonista es “salvado” y salva a los demás de los prejuicios, cuestiona a modo de ensayo las vicisitudes de la psiquiatría actual y plantea la necesidad de trato-cuidado.

Margarita López Carrillo resume el contenido de un conocido libro de Joanna Moncrieff en su nueva edición española “*Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*”. Partiendo de una crítica acerca de los trastornos mentales como enfermedades del cerebro, critica la utilidad y el uso indiscriminado de los psicofármacos.

“*Los bucles de la mandrágora*”, presenta la experiencia de un colectivo de reciente creación (“Las Bucles”) que desean reflexionar en torno a

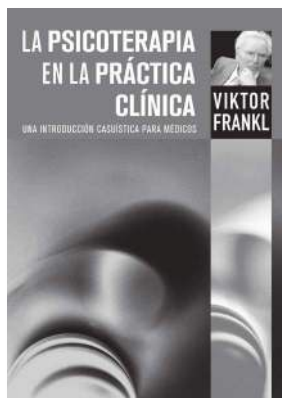
la Salud Mental, a las prácticas antipsiquiátricas y a los feminismos.

En último lugar, también nos encontramos con un extracto de la Declaración de Atocha, documento en el que se defiende la atención pública en Salud Mental.

Esta es una obra que no solo nos muestra una posibilidad distinta de hacer y entender en el campo de la salud mental, sino que además interpela a los profesionales para que reconozcan que los pacientes deben tener el espacio para expresar su palabra y el derecho a ser oídos, no simplemente representados por otros. Y además nos sugiere que existe un movimiento embrionario en nuestro país, que está recogiendo el trabajo del movimiento por la recuperación y la salud mental crítica, ya no tan minoritaria o residual en el mundo occidental, y que incluye más esperanza para los pacientes que la suscitada por el sistema asistencial clásico.

Esta es una de las primeras obras realizadas en España que muestra esta orientación, que tiene vocación pragmática, y como tal seguramente será del interés de los profesionales del campo que estén abiertos a escuchar lo que los pacientes y profesionales críticos pueden decir, y a intuir las nuevas concepciones que emergen de estas voces. Aunque seguramente esta no será la última obra que recoja estos discursos, y no hay que descartar la posibilidad de que se transforme en un movimiento importante y tenga impacto en el campo de la salud mental.

Sergio Iribarren Cia, PIR 4^o año, Pamplona.



La Psicoterapia de la práctica clínica. Una introducción casuística para médicos

Autor: Viktor Frankl

Edita: Herder Ed. • 368 págs.

ISBN: 978-84-254305-7-2

La psicoterapia en la práctica clínica, según señala Viktor Frankl, no es solamente una introducción a la psicoterapia práctica en su sentido estricto, sino también un manual de diagnóstico diferencial de los trastornos psíquicos.

Sabemos por su correspondencia y sus anotaciones personales, que Frankl comenzó a trabajar en el manuscrito de esta obra allá por el invierno de 1946, inmediatamente después de la publicación de las obras *Psicoanálisis y existencialismo* y *El hombre en busca de sentido*. Por ese motivo, desde la perspectiva de la historia de su surgimiento, esta obra pertenece a una de las fases más productivas de la labor creadora del autor.

Este libro destaca por dirigirse a un público concreto “los médicos” ofreciendo numerosos ejemplos de casos clínicos. Por la conjunción de aspectos teóricos, diagnósticos y prácticos, *La psicoterapia en la práctica clínica* será también de gran utilidad para logoterapeutas y psicoterapeutas de todas las orientaciones.

Nos encontramos con un manual introductorio a la psicoterapia, con ejemplos clínicos, principios teóricos y herramientas diagnósticas que son buen recurso para médicos y psicoterapeutas.

Viktor E. Frankl (1905-1997), psicoterapeuta destacado del siglo XX y el último de la gran generación de la Escuela de Viena. Doctorado en Medicina y Filosofía por la Universidad de Viena, fundó la Logoterapia, denominada la Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia. En 1942, él y su familia fueron hechos prisioneros e internados en los campos de concentración nazi, experiencia que le llevaría a perfilar su teoría basada en la búsqueda de un sentido para la vida. Tras sobrevivir al Holocausto, fue profesor de Neurología y Psiquiatría en la Universidad de Viena y ejerció la cátedra de Logoterapia en la Universidad Internacional de San Diego, en California, galardonado con numerosos premios, veintinueve universidades le otorgaron el título de doctor honoris causa, con obras traducidas a una treintena de idiomas.

Agenda

- 5 al 7 de marzo • Vitoria-Gasteiz
XXIII Curso de Actualización en Psiquiatría: “La Psiquiatría, una disciplina que también avanza”
- 12 y 13 de marzo • Madrid
X Congreso de la AMSM: “Más allá de etiquetas, construir significados” • www.amsm.es
- 12, 13 y 14 de marzo • Logroño
XLII Jornadas de Socidrogalcohol • www.socidrogalcohol.org
- 10 y 11 de abril • Madrid
XIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN:
“*La Estructura familiar en la clínica psicoanalítica contemporánea*”
aen@aen.es • Inscripción gratuita
- 17 y 18 de abril • Valladolid
XXVII Congreso Nacional de Sepypna: *El grupo y la relación con el otro en el desarrollo psíquico de niños y adolescentes: implicaciones psicoterapéuticas*
<http://congresos.sepypna.com/>
- 29 abril al 3 de mayo • Santiago de Chile
X Congreso Iberoamericano de Psicodrama,
Congreso de la Federación Iberoamericana de Psicodrama
<http://www.psicodrama2015.com/ws/>
- 7 y 8 de mayo • Barcelona
European Meeting on Women Mental Health
- 2 al 5 septiembre • Rovinj Croacia
19 Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo, IAGP • www.iagpcongress.org
- 19, 20 y 21 noviembre • Donostia/San Sebastián
X Jornadas de la AEN de la sección de Historia de la Psiquiatría • www.ome-aen.org

11, 12, 13 de junio de 2015 • Valencia
XXVI Congreso de Salud Mental de la AEN:
La salud mental en el contexto de la crisis
www.aen.es • aen@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 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.

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*: info@revistanorte.es

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 y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación 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 adjunto, 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 in-

formatics. 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 utilization*. 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.html

Solicitud de Ingreso

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

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 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 s6tano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82 • Correo-e: aen@aen.es

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

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

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

IBAN/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/Profesionales de Salud Mental.

En el de 20

Firma:

Revista de:



ASOCIACIÓN DE
SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA
COMUNITARIA



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Associació Valenciana
de Neuropsiquiatría
(AEN-PV)

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)

