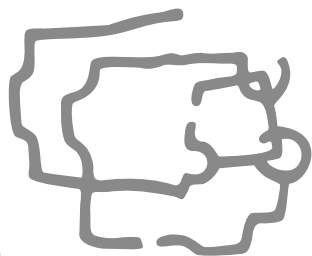


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVIII nº 66 Enero 2022



Autor portada: Cypriaque Kouamen. Artista del centro AmiArte, taller de creación artística interdisciplinar, con artistas solidarios que incluyen en sus proyectos a personas en situación vulnerable (Desde el Arte, un lugar para tod@s). www.amiararte.org

Título obra: Cultura Africana.

Volumen XVII



Nº 63



Nº 64



Nº 65

Volumen XVIII



Nº 66

Volumen XV



Nº 57

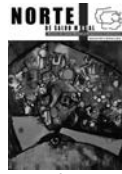


Nº 58

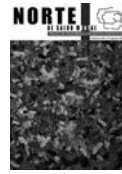


Nº 59

Volumen XVI



Nº 60



Nº 61



Nº 62

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55



Nº 56

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



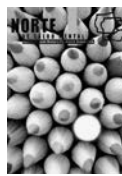
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



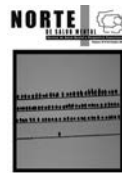
Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

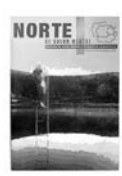
Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Grande, Éida
Jiménez, Ana María
Kuhalainen, Javier
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Musquiz, Álvaro
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Vecino, Antonio

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Desviat, Manuel	Insua, Patricia	Polo, Cándido
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Lamas, Santiago	Prego, Roque
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Lasa, Alberto	Pradana, M ^a Luz
Álvarez, José M ^a	Estévez, Juan Antonio	Levav, Isaac	Redero, José María
Aparicio, Víctor	Fernández Liria, Alberto	Marín, Mónica	Rendueles, Guillermo
Arias, Paz	Ferrera, Beatriz	Marqués, M. José	Retolaza, Ander
Ballesteros, Javier	García Soriano, Maite	Marquín, Fernando	Rodríguez, Beatriz
Barrenetxea, Olatz	Gay, Eudoxia	Martínez-Azumendi, Óscar	Rotelli, Franco
Berrios, Germán E.	Gómez, Chus	Martínez, Ana	Sánchez, Cosme
Bravo, Mari Fe	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Sánchez-C., M. Luisa
Caldas d'Almeida, José	González Lorenzo, Félix A.	Meana, Javier	Saraceno, Benedetto
Carranza, Arturo	González-Pinto, Rodrigo	Meneses, Carmen	Sepúlveda, Rafael
Castro, Mercedes	González Saiz, Francisco	Mezzich, Juan	Serrano, Javier
Català, Laura	González Torres, Miguel Á.	Molina, Germán	Soler, M ^a del Mar
Chicharro, Francisco	Gracia, Fernando	Morchón, J.	Susparregui, J. M ^a
Cifre, Antonia	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Tarí, Antonio
Colina, Fernando	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Thornicroft, Graham
Comelles, Josep M ^a	Hernández Padilla, María	Pacheco, Luis	Tizón, Jorge Luis
Del Rio, Francisco	Huertas, Rafael	Pérez, Alicia	Valverde, Mikel
De la Rica, José Antonio	Inchauspe, Jose Antonio	Pérez-S, Pau	Villasante, Olga

- ✓ Acceso disponible en: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/ • Correo-e: revistanorte@ome-aen.org
- ✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.
- ✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/

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 Access Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- Medicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental

Vol XVIII nº 66, enero 2022 <https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

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

revistanorte@ome-aen.org

Autor portada: Cyriaque Kouamen.

Título obra: Cultura Africana.

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida.

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN.

Publicación semestral 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.

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

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



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 66. Enero 2022

Editorial	5
• ¿Seguirá un futuro prometedor a la destrucción del volcán? <i>Iñaki Markez.</i>	7
Originales y revisiones	9
• La Palma: un volcán sin nombre y sin olvido. <i>Francisco Rodríguez Pulido, Francisco Javier Beltrán Delgado.</i>	11
• Reflexiones acerca de lo que significa ser Terapeuta Ocupacional frente al suicidio de un paciente. <i>Jorge Serna Yepes, Cesar Pérez Franco, Pilar García-Margallo Ortiz de Zárate.</i>	22
• Estudio cualitativo de los aspectos del acompañamiento logoterapéutico que permiten el cambio personal. Estudio piloto. <i>Josep Lluís Llor Vilá, Cristina Visiers Würth, Anna Berenguera Ossó.</i>	32
• Desatando y reanudando lazos. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	45
• Lo inconsciente de Freud a Lacan. <i>M. Carmen Rodríguez Rendo.</i>	49
• Borderline, fenómeno de época. <i>Zoe Vázquez Mata, Kepa Matilla Díez.</i>	56
Pre-ocupaciones	69
• Cuidados para quienes cuidan. <i>Miren Viña.</i>	71
• ¿Un nuevo sistema de robo de niños institucionalizado en España? Estudio sobre la indefensión de los padres a defender la custodia de sus hijos en casos de guardia y custodia. Revisión de casos. <i>M^a Elena Crespo Arce, Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez Alonso.</i>	79
• Trauma, suicidio y vulnerabilidad. Enseñanzas de la pandemia. <i>Patricia Álvaro, José M. López-Santín, Ferran Molins, Jesús López, Clara Izquierdo, Alberto Matías, Isabel González, Ezequiel Sánchez.</i>	86
• La atención en salud mental no necesita una Estrategia, sino un Plan de Acción.	96
Historia	99
• La influencia de las hermanas Bernays en la vida de Freud. <i>Francisco Balbuena Rivera.</i>	101
• Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) y sus primeros años de formación en medicina y psiquiatría. <i>Julia Álvarez-Arenas, Ana Conseglieri.</i>	111
• Hace ya algún tiempo: La malarioterapia y Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). <i>Reda Rahmani, Sonsoles Pacheco, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	124
• Vº Premio Ángel Garma al mejor trabajo de Psicoanálisis.	135
Actualizaciones	137
• Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. <i>Marino Pérez Álvarez.</i>	139
• Así se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS). <i>Pedro Sabando.</i>	140
• La Razón de la Sinrazón. Capitalismo, Subjetividad, Violencia. <i>Fernando Colina, Manuel Desviat, Francisco Pereña.</i>	142
• Amor en cortocircuito. Ensayo sobre las Relaciones dependientes y tóxicas. <i>Fernando Pérez del Río, Mercurio Alba.</i>	145
• Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental. <i>Marcelino López Álvarez.</i>	146
• Revistas. <i>Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Siso Saude.</i>	148

Summary

NORTE de salud mental 66. January 2022

Editorial	5
• Will a promising future follow the destruction of the volcano? <i>Iñaki Markez.</i>	7
Original and reviews articles	9
• La Palma: a volcano without name and without forgetting. <i>Francisco Rodríguez Pulido, Francisco Javier Beltrán Delgado.</i>	11
• Reflections about what it means to be an Occupational Therapist in the face of a patient's suicide. <i>Jorge Serna Yepes, Cesar Pérez Franco, Pilar García-Margallo Ortiz de Zárate.</i>	22
• Qualitative study of the aspects of logotherapeutic accompaniment that enable personal change. Pilot study. <i>Josep Lluís Llor Vilá, Cristina Visiers Würth, Anna Berenguera Ossó.</i>	32
• Tying off and tying links again. <i>Javier Alejandro Kuhalainen Munar.</i>	45
• The Unconscius mind from Freud to Lacan. <i>M. Carmen Rodríguez Rendo.</i>	49
• Borderline, phenomena of our time. <i>Zoe Vázquez Mata, Kepa Matilla Díez.</i>	56
Concerns Challenges	69
• Care for those who care. <i>Miren Viña.</i>	71
• A new system of child theft institutionalized in Spain? Study on the helplessness of parents to defend the custody of their children in cases of guard and custody. Case Review. <i>M^a Elena Crespo Arce, Fernando Pérez del Río, Iñaki Markez Alonso.</i>	79
• Trauma, suicide and vulnerability. Lessons from the pandemic. <i>Patricia Álvaro, José M. López-Santín, Ferran Molins, Jesús López, Clara Izquierdo, Alberto Matías, Isabel González, Ezequiel Sánchez.</i>	86
• Mental health care does not need a Strategy, but an Action Plan.	96
History	99
• The influence of the Bernays sisters in the life of Freud. <i>Francisco Balbuena Rivera.</i>	101
• Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) and her first years of training in medicine and psychiatry. <i>Julia Álvarez-Arenas, Ana Conseglieri.</i>	111
• Some time ago: The malaria therapy and Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). <i>Reda Rahmani, Sonsoles Pacheco, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	124
• V Ángel Garma Award for the best work of Psychoanalysis.	135
Book reviews	137
• Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. <i>Marino Pérez Álvarez.</i>	139
• Así se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS). <i>Pedro Sabando.</i>	140
• La Razón de la Sinrazón. Capitalismo, Subjetividad, Violencia. <i>Fernando Colina, Manuel Desviat, Francisco Pereña.</i>	142
• Amor en cortocircuito. Ensayo sobre las Relaciones dependientes y tóxicas. <i>Fernando Pérez del Río, Mercurio Alba.</i>	145
• Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental. <i>Marcelino López Álvarez.</i>	146
• Revistas. <i>Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Siso Saude.</i>	148



EDITORIAL

¿Seguirá un futuro prometedor a la destrucción del volcán?

Will a promising future follow the destruction of the volcano?

No hay duda de que la erupción catastrófica de La Palma durante 85 días ha tenido consecuencias graves y muchas de ellas van a continuar. Tres meses pendientes del vómito de un volcán, con sus ruidos, lavas, gases y cenizas que lo envolvían todo en el territorio dañado. Consecuencias con un alto índice de impacto ambiental, por su devastadora acción en las zonas urbanas, sobre las plantaciones de frutales y huerta o su actuación sobre los talleres, la pesca, la hostelería y, como no, sobre las viviendas, el medio escolar, los recursos sanitarios y sociales. Gentes que han perdido su trabajo, sus bienes de todo tipo y su historia hasta el presente al arrasarse aquellas fotografías, cuadros, ropas, sueños, utensilios y recuerdos en su desaparecida vivienda. Perdieron su calle, su barrio, su pueblo, sus rutinas de cada mañana y cada atardecer. Demasiadas situaciones psicosociales y sociosanitarias se adjuntan al daño económico, que ya veremos cuantas semanas, meses o años tardarán en recuperarse las muchísimas familias afectadas.

Las catástrofes son acontecimientos traumáticos que producen graves consecuencias psicológicas, físicas y sociales en la población afectada, con gran magnitud de daños lo que supone esfuerzos y coordinación extraordinarios. La catástrofe de La Palma, como otras crisis o emergencias naturales imprevisibles, que no imaginábamos que fuera a ocurrir, es un suceso que nos deja en una situación de indefensión, lo que propicia malestares en la salud mental. Con daño dispar según las personas, según sus propios recursos intrapersonales que propicia síntomas e incluso trastornos ansiosos y depresivos, vivencias estresantes, malestares en el sueño, la alimentación y comportamientos varios, así como procesos adaptativos de duelo ante tan-

tas pérdidas. En el camino encontramos que las gentes hablan de mucho nerviosismo, miedo, rabia, con altas dosis de llanto e impotencia. En suma, puede verse deteriorada la salud mental y el bienestar psicosocial de las víctimas, esa población que el volcán arrasó todo aquello que representaba su vida (vínculos con amistades y familiares que se han trasladado, pérdida de la salud, de la economía, la vivienda, el trabajo, etc.), surgiendo otros problemas, con tendencia clara hacia la cronificación y generando no pocas comorbilidades.

Surgen reacciones emocionales en las personas expuestas a esos sucesos traumáticos donde es fácil observar estados de aturdimiento, irritabilidad, culpa, incredulidad, terror, tristeza, indefensión, desesperanza, reacciones disociativas y pérdida de la capacidad de disfrutar de las cosas. A nivel cognitivo: dificultades de concentración, confusión, distorsión de la realidad, pensamientos intrusos o baja autoestima. Y elementos somáticos: fatiga, insomnio, hiperactivación, quejas somáticas, afectación inmunitaria, cefaleas, gastralgias, menor apetito y libido, así como respuestas de sobresalto. En ocasiones con diagnósticos más altisonantes: trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor o alguna crisis de pánico.

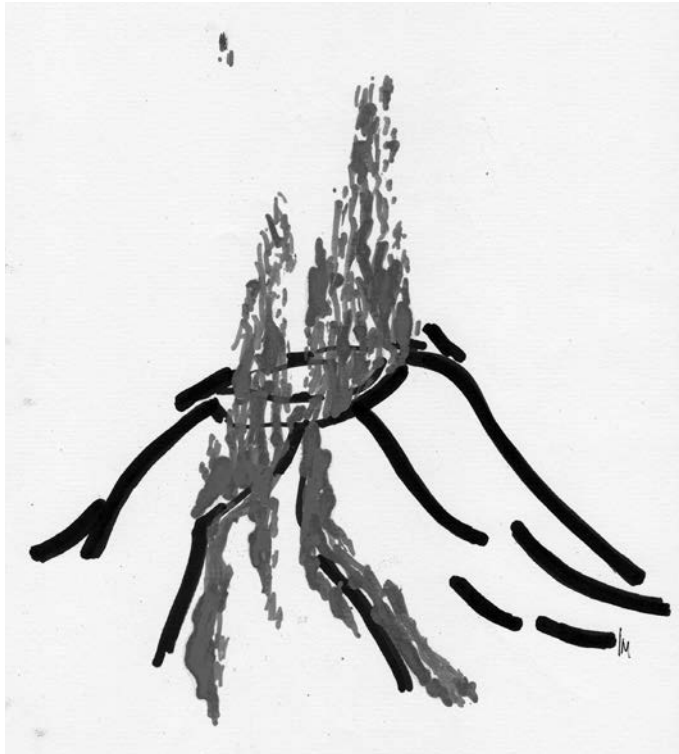
Ahora las necesidades son muchas, también las promesas institucionales sobre la urgente financiación que esperemos se vayan concretando con prontitud. En el camino vemos como crecen iniciativas solidarias, aún muy insuficientes pero que tanto bien hacen. La Asociación Canaria de Neuropsiquiatría (ACN-AEN) ha ofrecido a instituciones y ciudadanía la ayuda y recursos terapéuticos de sus miembros asociados. Toda

colaboración, tan importante en estos próximos meses y primeros años, será escasa ante las carencias de esos miles de afectados. Como señala el “artículo especial” en este ejemplar de *Norte de salud mental*, será necesario un plan específico de salud mental para ese territorio y la nueva realidad; la reconstrucción participativa, reconociendo a los sectores afectados; fortalecer la organización civil, con su comunidad más cohesionada; comunidades organizadas ampliando el diálogo y la participación social; desarrollar el acompañamiento psicosocial, frente al trauma ante el desastre; planes de recuperación a medio y largo plazo; y la evaluación posterior que atienda a las condiciones de vida de las comunidades que serán reconstruidas.

Al acercarse las navidades se silenció la tierra, calló el volcán y así inició el “después” de la gestión de esta crisis tan catastrófica, tras intervenciones orientadas a disminuir y paliar el impacto tratando de contener emocionalmente, informar y orientar, organizar y evaluar los riesgos, llega el tiempo de implementar las técnicas de cuidados y prevención

de las personas afectadas y del autocuidado de los equipos asistenciales especializados. Con procedimientos que miren a la reinserción en sus tareas habituales y en comportamientos anteriormente cotidianos, aunque permanezcan demasiadas incertidumbres. De nuevo, la promoción de la salud mental comunitaria es el camino. Es precisa la reconstrucción del relato colectivo en el nivel cognitivo, conocer ciertas dificultades para evitarlas en el futuro sin culpabilizar a quien carece de culpa alguna, reforzar la interconexión asumiendo resultados efectivos, y ser bien recibido el recuerdo de pautas de afrontamiento de estrés y refuerzo positivo. En suma, volver a construir sus vidas. Han aprendido que nada es para siempre y que la gente escucha, mira al frente, comparte, es solidaria mientras las emociones revolotean a pesar de su entereza. Son buena gente y sus poblaciones resurgirán.

27/12/2021
Iñaki Markez





ORIGINALES Y REVISIONES



La Palma: un volcán sin nombre y sin olvido. (*)

La Palma: a volcano without name and without forgetting.

Francisco Rodríguez Pulido.

Profesor Titular de Psiquiatría ULL. Responsable del Programa de Rehabilitación. Psicosocial en Trastorno Mental Grave. Dirección de Área de Salud Tenerife.

Francisco Javier Beltrán Delgado.

ExpSiquiatra de la Unidad de Salud Mental Hospital General La Palma.

En memoria a nuestro amigo psiquiatra Jesús Alberto San Gil Martín.

Resumen: Los autores hacen una narrativa de la emergencia y la catástrofe surgida a raíz de la explosión del volcán cumbre vieja en la comarca sureste de la isla de la Palma del Archipiélago Canario. Un volcanismo que no ha generado muertes, pero si más de tres mil familias damnificadas, afectando a sus hogares, a la vida en sus comunidades de referencia, a sus trabajos, a sus relaciones sociales y a la economía local. Evento que exigirá nuevos procesos adaptativos psicológicos y de regulación emocional para evitar los efectos indeseables de las incertidumbres, las pérdidas de referentes, materiales, económicas o el desarraigo. El proceso de reconstrucción en todos los ámbitos requerirá el concurso de la comunidad afectada y el apoyo sostenido de la administración pública.

Palabras clave: emergencia, catástrofe, salud mental, psiquiatría, reconstrucción, futuro, pérdidas, incertidumbres, adaptación, crisis.

Abstract: The authors make a narrative of the emergency and the catastrophe that arose as a result of the explosion of the volcano Cumbre Vieja in the southeastern region of the island of La Palma in the Canary Archipelago. A volcanism that has not caused deaths but has more than three thousand families affected, affecting their homes, life in their reference communities, their jobs, their social relationships and the local economy. Event that will require new adaptive psychological and emotional regulation processes to avoid the undesirable effects of uncertainties, loss of referents, material, economic or uprooting. The reconstruction process in all areas will require the participation of the affected community and the sustained support of the public administration.

Keywords: emergency, catastrophe, mental health, psychiatry, reconstruction, future, losses, uncertainties, adaptation, crisis, psychology.

(*) Artículo Especial, solicitado a los autores.



19 de Septiembre 2021. Se lleva más de un año y medio luchando contra la extensión de la pandemia del SARS COVID-2, y en ese momento la vacunación ofrecía una cobertura del 80% de la población. Hacía meses que, por parte de personal especializado, se vigilaban los múltiples temblores de perfil eruptivo que ocurrían en la isla de La Palma, a través de diferentes parámetros físicos. En Julio se había aprobado el Plan Especial de Protección Civil y Atención de Emergencias por riesgo volcánico en la Comunidad Autónoma de Canarias (PEVOLCA)(1). Su comité científico ha liderado la toma de decisiones en base a la evaluación y seguimiento del proceso eruptivo constituyéndose en portavoces de la comunicación con la comunidad.

Era la hora del almuerzo. A las 15,15 a.m. la explosión del volcán emergió de la Cumbre Vieja (zona sureste de la isla). Se hizo irremediablemente visible para todos. La naturaleza nos sometió entonces a su designio y eligió, siguiendo la historia del Vulcanismo Insular, a la isla geológicamente más joven. Desde hacía semanas se esperaba que emergiera entre la Villa de Mazo y el Valle de Aridane. Surgió el volcán en el cantón de Tajuya. En dicho cantón, en el año de 1448, sufrieron los conquistadores una estrepitosa derrota mientras se retiraban por el barranco en el que se habían internado en la isla después de su desembarco, perdiendo la vida de una pedrada su líder Guillén Peraza, a manos del jefe de cantón Echedey, en la famosa batalla de Tajuya desde entonces ese Barranco dio en llamarse “Barranco de las Angustias” Entre 1430 a 1440 ocurrieron diferentes erupciones en la isla. La actual es la octava erupción, la primera del siglo XXI.

La duración de la erupción del volcán se acerca a la mayor ocurrida en la historia de los volcanes en la isla. El Tigalate y el de Tehuya duraron entre 82 y 84 días respectivamente. Nueve bocas volcánicas han ido emergiendo en los días siguientes, alineadas en torno a una fisura magmática en dirección norte. Ha generado nueve coladas al mar, y abriendo después de más setenta días un nuevo cono hacia el sur del cono principal, una nueva fajana y una nueva fisura. La isla ha modificado su dibujo con 48 hectáreas de delta lávico.

La deformación del terreno, la sismicidad y el nivel de dióxido de azufre en la atmósfera, son los

parámetros habituales que siguen los científicos para vigilar la actividad del volcán. Han sido muy frecuentes los enjambres sísmicos, con diferentes magnitudes y variables kilómetros de profundidad, eran por ejemplo a una profundidad de 11 km desde la superficie a finales de noviembre. Muchos de ellos percibidos claramente por la población. Respirar la emanación de gases, como el dióxido de azufre, (es un olor al que uno no se acostumbra), que debido a su peligrosidad, ha obligado a que tuviera que recluirse a la población en sus casas y, en ocasiones suspender la actividad escolar debido a los altos niveles contaminantes emitidos. El CO₂ representa un 0.6% de la huella de carbono en la isla. El rugir del volcán es muy característico, como su silencio. Su presencia o ausencia, representa una amenaza, imaginada o real. Mas incertidumbre produce su silencio que su bramido sombrío.

Es un dramático espectáculo de la naturaleza recogido por los medios de comunicación presentes con las cámaras de la TVCanaria desde el principio. Por primera vez, se retransmitió en directo su despertar para las islas y para el mundo entero. Mientras y por primera vez en la historia un volcán ha sido y sigue siendo estudiado con Drones. Más de setenta y dos días lleva la erupción al redactar este artículo y las expectativas más optimistas hablan de febrero para su extinción. No ha habido víctimas directas, a diferencia de otros tiempos, como en el caso del volcán de San Juan (1949) y del volcán de Fuencaliente (1971). Cada cincuenta años los volcanes toman su espacio en la isla. Hubo una retirada ordenada de los hogares en riesgo, en la medida que la lava arrasaba con todo, (viviendas, instalaciones públicas, cultivos, carreteras). Se definió una zona de exclusión, no habitada, que incluye las localidades en riesgo o las que ya han sido arrasadas. Su acceso es solo para los científicos y las fuerzas de emergencia y seguridad y a veces, para la prensa de forma controlada. En la zona de la exclusión, a los 52 días, falleció una persona mayor, que limpiaba con una cuadrilla, el techo de una casa llena de ceniza volcánica, cuya investigación judicial y aún no ha finalizado.

En estos días se superpone la desolación del paisaje con la de la propia vida. Unas pérdidas en el sector productivo local valoradas en más de un millón de euros. Ya con 12 semanas de actividad

eruptiva llevamos unas 3.039 edificaciones alcanzadas. 7.000 personas desalojadas, 1.212,3 hectáreas y 92,7 Km de carreteras afectados por la lava El satélite europeo Copernicus, y el servicio de gestión de emergencia, ha publicado la cartografía de los daños, hasta el momento, 2618 edificaciones que se han visto arrasadas.

El plátano es el cultivo más relevante de una isla en la que el sector primario supone la mayor parte del PIB. También, hay plantaciones de aguacates, viñas y explotaciones ganaderas de cabras para la fabricación de queso. Sin embargo, estas producciones dependen de las exportaciones masivas de plátanos para ser rentables fuera de Canarias. Según informes de la Universidad de La Laguna, el plátano supone el 41% de todos los cultivos de la isla. Y, a pesar de su escasa población de apenas 80.000 habitantes, La Palma produce 150.000 toneladas al año, lo que supone un tercio del total de la comunidad autónoma. Desde la agrupación canaria de la Coordinadora de Organizaciones de Agricultores y Ganaderos (COAG) (2) han señalado que, de seguir la lava el camino hasta el mar, que pronostican los expertos, quedarían sepultadas bajo la colada 292 hectáreas de plataneras, 60 de viñas y 92 de aguacates. La asociación explica que estos datos se sacan de superponer las proyecciones con mapas de los cultivos. También, quedarían arrasadas 18 explotaciones ganaderas. Solo con este número de hectáreas afectadas habría unas pérdidas de 20 millones de euros, teniendo en cuenta el valor de las plantas y cosechas. Los agricultores estiman que una hectárea produce 70.000 kilos de plátanos al año y se vende a 1,4 euros. La catástrofe puede ser aún mayor, las mismas proyecciones muestran que 1.200 hectáreas se podrían ver dañadas, más no quedarán sepultadas por la lava. La ceniza está quemando las plantas y dañando la fruta, lo que provoca que esta no se pueda vender y que haya que reemplazar la planta si las hojas quedan muy estropeadas. La región costera a la que se dirige el magma es una de las más importantes en cuanto a cultivo de esta fruta; por lo que de perderse los regadíos el empleo en la isla se resentirá. Los productores recuerdan que el plátano no solo es un 40% de la producción agrícola, también es una de las principales fuentes de empleo. Las

estimaciones señalan que por cada hectárea hay dos jornaleros. Desde COAG añaden que la pérdida de las hectáreas amenazadas afectará al resto de sectores económicos ya sean los comercios o la logística que depende de la fruta.

Las historias personales son muy diversas y difícil transcribirlas una a una (3). Algunas de ellas son estas:

“...No era una casa lo que he perdido era un hogar, construido con nuestras manos y nuestros ahorros. Alrededor vivían mis padres, y teníamos un terrenito, que nos servía de agricultura de supervivencia, y para algunos una fuente de economía familiar. A mis vecinos le ha pasado lo mismo, e incluso la iglesia, donde nos casamos y bautizamos a nuestros hijos ha desaparecido. Todo lo que representaba algún significado no está, solo me queda la memoria, pero parece que ya no tengo un lugar. Mis antepasados emigraron a Venezuela y Cuba y con los ahorros nos asentamos en este cantón”.

“...Tenía una fanegada de platanera, y hacia algún cáncamo, esa era la renta para mi casa que, junto a la paga de discapacidad, me sostenía a mí y a mis padres. Comprenderás que es imposible imaginar más allá. Aquí tenemos mucho arraigo al valle”.

“...Lo que más valoro es tener una casa, estamos como vacíos al no tener nada”.

“...Mi vida ha cambiado para siempre. He perdido el trabajo y la casa. Intento empezar de nuevo. Gracias a unos ahorros. Necesito tener ingresos, lleva 54 días de erupción y no he visto nada”. Me he quedado pagando hipotecas de la vivienda que no tengo ahora”.

“...Mi lucha es a corto plazo, el día a día, ver cómo puedo salir de esta. Es imposible volver al hogar”.

“...Trabajas, trabajas, trabajas para ser feliz, y ahora volver a empezar. No es fácil. Dejar los recuerdos, los animales, las referencias. Llevo trabajando toda una vida y los cien euros ahorrados, los he dejado en mi casa. Hecho con ilusión. No me va a parecer una mierda, los recuerdos los tengo por el suelo. Cómo se acepta que lo pierdes todo, cómo le da a uno



la cabeza para hacer lo que tengo que hacer. No quiero contarles lo que me ocurre. Ni tengo ganas de hablar. Es peor que la pérdida de mi padre, se lo aseguro”.

Unos profesores comentan:

“Los niños han tenido que madrugar, vivir en otros lugares, idas y venidas a las aulas. Los profesores, hemos realizado un gran esfuerzo, hemos recuperado los materiales de la escuela originaria, y en la nueva ubicación hemos reproducido una realidad lo más fiel posible a cómo la habrían conocido y vivido, hemos traído todos los materiales de la escuela desaparecida”.

Utilizar bien el lenguaje. Las palabras catástrofe (el griego *katastrephô*, destruir) o su equivalente desastre (en el contexto anglosajón) se utilizan de forma habitual para definir aquellos fenómenos de ruptura del sistema ecológico humano que desbordan la capacidad de respuesta de esa comunidad para abordar por sí sola los efectos producidos y funcionar con normalidad. Implica la puesta en marcha de medios extraordinarios y/o ayuda exterior.

Existen una serie de términos directa o indirectamente relacionados con las catástrofes como son:

- Urgencia médica (problema de salud que el paciente, sus familiares o testigos consideran como tal y para el que demandan atención sanitaria inmediata, es una percepción sentida por el usuario con una fuerte demanda social asociada).
- Emergencia (situación de pérdida de salud, con afectación actual o potencial de algún órgano vital que conlleva peligro inmediato para la vida de una persona y que exige atención cualificada in situ y sin demora).
- Accidente (suceso eventual del que involuntariamente resultan daños para las personas o cosas, que sobreviene de forma fortuita y provoca una lesión o alteración funcional permanente o pasajera). Por accidente se entienden las interacciones entre el hombre y su entorno (medio en que vive o se desplaza, productos que fabrica, transforma, almacena, materiales y maquinas que construye y utiliza).

Sin embargo, no podemos pasar por alto, la esencia de nuestro ser. Esta se halla en la voluntad de auto conservación decía Arthur Schopenhauer (1788-1860) (4). La supremacía de la razón era más que dudosa para él, consideraba que al intelecto se superpone una fuerza subyacente, la voluntad. Las cosas están ya sometidas a la estructura de nuestras facultades cognitivas: al tiempo y el espacio como formas a priori de la sensibilidad y a las categorías del entendimiento. La situación se nos presenta, como si el mundo se nos derrumbara, lo existencial nos invita a resistir lo humano lleva a comprender. A lo único que podemos agarrarnos es a nuestra propia existencia porque nada nos predestina. Esto debe entenderse de manera reflexiva para no derrapar. Es horroroso lo ocurrido pero la relación entre una persona que anhela un significado y un mundo en el que no se encuentra ese significado en un momento dado, puede revelarse como parte del problema. La lectura e interpretación de lo que se entiende está en el significado de los ojos de quien mira, de su biografía y de sus experiencias. Se ponen en juego durante toda la vida, más aún en esta vivencia de lo experimentado y acontecido. El significado y de propósito puede ponerse en juego. El significado se refiere al sentido, a la coherencia. Y el propósito a la intención, la meta y la función. Quizás el sentimiento de culpa o de haber caído tenga su peso después de unas vidas con tanto esfuerzo personal, familiar y generacional. La familia y las ayudas públicas a su tiempo, no una escueta y simple medicación, pueden construir cimientos de agarre, y porque no, también el soporte de una vida espiritual y religiosa sin duda.

En este caso consideramos, el fenómeno del volcanismo y su singularidad intrínseca. Se mueve entre el continuo de la experiencia de las migraciones – inmigraciones y la de catástrofes atmosféricas violentas. Alguna sustancia vivencial tiene de estas otras, pero no siendo idénticas. La psicoanalista Hebe Tizio (5) en una publicación sobre “Migraciones y Exclusiones” refiere que “Estructuralmente la migración conlleva dos movimientos, salida de un lugar como emigrante, llegada a otro como inmigrante. Entre estos dos significantes emigrante-inmigrante se juega para cada sujeto su integración, es decir, sus identificaciones y el lugar de su modo de goce y su

saber hacer con eso en un nuevo contexto”. En este caso, salvando las distancias, “las identificaciones y el lugar para que pueda tener su modo de goce y su saber hacer”, son las cuestiones a resolver en un nuevo contexto, que no es otro país, sino dentro de su propia isla, aunque puede haber cambios en sus roles productivos para asegurarse la vida.

En nuestro caso, se generó un desastre natural con sus propias particularidades, al darse en un territorio insular y limitado por el mar, pero diferente a otros, como el ocurrido en Islandia, en cuyo territorio la densidad de población por metro cuadrado es significativamente inferior. Apreciamos un fenómeno infrecuente y único en Europa, con un patio de butacas lleno, y sin haber sometido ninguna vida física humana a riesgo de muerte.

Una guerra, un tsunami, un huracán, un tifón, un terremoto, suelen comprometer físicamente la vida de las personas, y dejar un número apreciable de víctimas. Lo común a todas estas situaciones es la de emergencia humanitaria, entendida, como toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psicofísicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecer, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideren que requiere atención inmediata. Eso es un nuevo tipo de emergencia humanitaria en un territorio geográficamente limitado y productivamente dependiente del monocultivo.

El emigrante, también se ve sometido a unas condiciones de vida más que precarias, por pobreza, miseria y estrés cultural. En el caso del impacto del volcán, la red de acogida de familiares, vecinos, paisanos e instituciones, han sido movilizadas dentro de la isla por la empatía que ha despertado esta emergencia en amplios sectores no afectados de dentro y fuera de la isla, como por citar un ejemplo los voluntarios vascos de Galdácano. La inmigración y la emigración generan recelos sociales en sectores de la población. En este caso unas 600 familias disponían solo de ese hogar.

La caracterización psicológica estaría en el orden de las pérdidas de los significantes de pérdida y pertenencia, el desarraigo y la incertidumbre o la

desolación, como base del desequilibrio ecológico generado, en primera instancia, por la naturaleza, y que se traduce inmediatamente en una desestabilización socioeconómica y emocional relevante. Una esperada exigencia de adaptación es inevitable. Ahora bien, en nuestro caso, la exposición al agente estresor ha sido continuo y durante un tiempo largo, llevamos más de dos meses y medio y al contrario de otros desastres naturales, con una exposición intensa y corta en el tiempo, aquí es sostenido y se sucede y superpone a una Pandemia vírica de alta capacidad de transmisión. A las personas afectadas se les ha denominado “damnificados” no víctimas. Este nombrar lo sucedido como “damnificados” marcará sin duda una gran diferencia en las manifestaciones de sus consecuencias, a diferencia del uso del vocablo víctimas, y sus manifestaciones posteriores. Aunque ya veremos con el tiempo si es intercambiable.

El significante “damnificados” es un representante simbólico de la población afectada que se ha constituido en asociación. Muy saludable iniciativa que podría funcionar en el tiempo como un estigma, en el caso que no lleguen las soluciones, funcionando como una marca de una desgracia, donde alguien podría quedar atrapado en esta identificación con respecto al resto social, al ubicarse como “damnificado”. En la reconstrucción se requerirá establecer un plan individualizado de cuidados psicosociales con todos los datos disponibles del registro único, sin dirigir estérilmente a las personas de uno a otro lado y con cambios frecuentes de los gestores para impedir que se sientan invadidas por sentimientos de soledad, vergüenza o culpa crónicamente.

En este caso es más que discutible aplicar a este fenómeno el mimetismo de otros desastres como la emigración o hecatombes con víctimas, porque esta situación de emergencia tiene sus propias particularidades. Es bien conocido y frecuente relacionar los desastres ecológicos con “víctimas y hechos traumáticos”. Lo traumático lamentablemente en estos procesos es que están asociados y motivados por sucesos atroces caracterizados por la violencia física sobre lo humano, con muertes y víctimas, dejando severas improntas a través de trastornos agudos o crónicos de Estrés Post Traumático, relativamente



frecuente en situaciones de violencia. En este caso de emergencia no podríamos hablar estrictamente de violencia física como tal con compromiso vital de la propia vida por el ejercicio de esa violencia. Aunque la naturaleza ha forzado a algo que no se deseaba en sí podría tildarse de violencia si estiramos su significado. Ni tampoco este cambio forzoso ha nacido de la intención voluntaria de mejorar en algún aspecto de la vida, ni llega a implicar un proceso de adaptación cultural, puesto que el desplazamiento de los damnificados es hacia la misma microcultura y microcosmos, al contrario, de lo que ocurre en los desastres migratorios, en que hablaríamos de *estrés aculturativo*. Esto lo despierta la ausencia de referentes culturales, usos y costumbres no compartidos a lo largo de la vida, en la migración. EL tercer elemento diferenciador de las migraciones y los desastres con víctimas, es que, la naturaleza sorpresiva de los desastres ecológicos, muchas veces dificultan una respuesta rápida y sostenida de apoyo social. En este caso, la red de apoyo social, los lazos sociales, y la cooperación han sido desde las primeras horas del rugir volcánico, lo que ha generado soportes de forma estrecha y continua. Los apoyos sociales son esenciales para proteger y apoyar la salud mental y el bienestar psicosocial en emergencias, debiéndose organizar a través de múltiples sectores (por ejemplo, manejo de los alojamientos, educación, seguridad alimentaria y nutrición, trabajo, salud, albergues, agua y saneamiento). El mantenimiento de un stress crónico y sinérgico de múltiples dimensiones puede favorecer o precipitar vulnerabilidades personales o agravar las ya existentes.

Dentro del proceso de valoración de las catástrofes se diferencian cuatro aspectos que es imprescindible tener en cuenta: la vulnerabilidad, el impacto, la de multiplicación y la rehabilitación. La vulnerabilidad se refiere al peligro natural ante la posibilidad del daño de manera que, cuanto más vulnerable es un sistema, mayor daño resultará de cada agresión. El impacto, se corresponde con el tiempo real en que una agresión incide sobre un sistema de forma directa desequilibrándolo. La demultiplicación, hace referencia al conjunto de actuaciones espontáneas o asistidas que tienden a minimizar los efectos negativos derivados de la agresión. La rehabilitación, se refiere

a la actuación multidisciplinaria encaminada a devolver un sistema a una situación de equilibrio similar a la previa al impacto.

En toda situación de emergencia, sin conocer aún su impacto psicosocial, se recomienda a los actores humanitarios de salud a promover las Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencias (IASC, 2009) (6) se provee un panorama de conocimientos esenciales que los actores humanitarios de salud deben tener acerca de la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) en las emergencias humanitarias. En este sentido la reconstrucción emocional implica una adaptación psicosocial en relación a múltiples estresores simultáneos en el tiempo con una de exposición superior por el momento a los tres meses, que involucra a:

- a) La **pérdida de significantes**: personas, lugares, recuerdos, la relaciones con vecinos, el trabajo, y la propiedad. El significado en el mundo se lo ofrecían estos significantes. Resultará pues, que tengo que reelaborar o dar sentido a las cosas. Camus nos advertía con el mito de Sísifo (6) y es que en nuestra existencia debemos incorporar el significado de nuestras vidas en lo que creamos. Nuestra mente necesita significados. Siempre estamos subiendo la roca y esa es nuestra existencia.
- b) El **desarraigo** es la pérdida o corrupción de las raíces sociales y familiares sufriendo la identidad personal un extrañamiento o pérdida de sentido vital, cultural y social. El desarraigo repercute en la vida emocional de las personas y los grupos sociales. Por lo tanto, puede lesionar las identificaciones y el lugar que pueda tener su modo de goce y su saber hacer en un nuevo contexto. El desarraigo que produce que los cementerios con tus antepasados sean engullidos por la lava, con sus miles de historias y recuerdos. El llorar y acompañar a tus difuntos, como esencia de la cultura dominante, a veces puede ofrecerte más desgarró y más discontinuidad temporal. La armada lanzó flores desde el aire como consuelo. Todo un gesto reconfortante.
- c) La **incertidumbre**: genera miedo e inquietud por el presente y el futuro, donde lo nuevo, lamentablemente no siempre es claro, no se

tiene experiencia previa de algo semejante. Todo es desconocido, novedoso y se nos hace imprevisible, estando el control en manos de otros, la indefensión es manifiesta. No todo el mundo se coloca en las probabilidades abiertas de buen grado.

Hablemos de esta última, precisamente decía Arthur Schopenhauer (1788-1860) (8) que lo que no podemos conocer trae el pesimismo. Los damnificados no saben que será de sus próximos días, meses y años. El miedo y la desesperación es comprendido (Kirkegaard (1813-1855) (9). Para este, el miedo es una relación de la persona con el mundo. La desesperación una actitud hacia sí mismo y una falta de comprensión de la esencia. La desesperación es la culpa de una persona que no se acepta internamente. Es la propia paradoja de la vida, que presupone la propia resignación ante la desgracia. La fe es su salida. Esta experiencia podrá en juego todas estas fuerzas mágicas internas de cada uno.

La incertidumbre viene más bien dada por las elecciones arriesgadas que deberán tomar sobre su futuro (10). Cuando las personas tienen acceso a fuentes de información como son los pronósticos metereológicos, los prospectos de los paquetes de medicamentos y los folletos de fondos de inversión, (todos los cuales brindan descripciones convenientes de los riesgos), se pueden tomar decisiones a partir de la descripción. Sin embargo, cuando las personas deben decidir si realizar una copia de seguridad del disco duro de su computadora, cruzar una calle concurrida o salir en una cita, generalmente no tienen una descripción resumida de los posibles resultados o sus probabilidades. Para tomar tales decisiones, las personas solo pueden recurrir a sus propios encuentros con tales prospectos, tomando decisiones por experiencia, en este momento en los damnificados serán relevantes. Habrá que tomar nuevas decisiones en un escenario abierto y dependiendo de lo que otros hagan. No está todo bajo control.

Se tendrá que tomar decisiones basadas en la experiencia y basadas en las descripciones que se faciliten. Una u otra opinión pueden llevar a comportamientos de elección dramáticamente diferentes. En el caso de decisiones a partir de la descripción, las personas toman decisiones

como si sobreponderarán la probabilidad de eventos raros, como lo describe la teoría prospectiva. Descubrimos que, en el caso de las decisiones basadas en la experiencia, por el contrario, las personas toman decisiones que subestiman la probabilidad de eventos raros. Por lo tanto, las inferencias subjetivas de probabilidad juegan un papel fundamental en la toma de decisiones. La forma en que aprendemos acerca de las opciones de elección, a través de la descripción o la experiencia, influye en cómo percibimos sus probabilidades, un efecto conocido como la brecha descripción-experiencia (DE). Si bien el resultado de esta estresante experiencia, viene modulada por la percepción de la probabilidad y de las actitudes frente al riesgo. En estudios experimentales, se ha observado que los participantes que buscaban ganancias preferían las opciones de experiencia en todos los niveles de probabilidad y, por el contrario, los participantes que mitigaban la pérdida evitaban las opciones de experiencia en todos los niveles de probabilidad, con un efecto máximo del 50%. Esto sugiere que las opciones de experiencia se percibieron como más riesgosas que las opciones descriptivas debido a la mayor incertidumbre asociada con sus resultados (11).

Y lo último, como factor protector, ha sido la aparición de redes de apoyos sociales e institucionales y el refuerzo de los lazos sociales entre sí de los damnificados. Precisamente, que cada día, un miembro del comité científico del Involcan ofreciera información a los habitantes y a los medios de comunicación de la evolución de la actividad del Volcán, para evitar la proliferación de portavoces en los medios con opiniones diferentes, facilitó la seguridad y la confianza de la comunidad. Incluso al comienzo, hubo una reunión del comité científico con los habitantes de las zonas afectadas por el volcán. En todo caso, los malestares que provocan estos procesos adaptativos individuales, no pueden catalogarse de problemas psiquiátricos porque ni tan siquiera se han cumplido los tres meses posteriores al factor estresante que dicta la cultura diagnóstica oficial de la psiquiatría para hablar de trastornos adaptativos. La reacción debe ser desproporcionada al estrés y debe producir un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional. Es indudable que múltiples

factores de estrés psicosociales se han acumulado de forma sorpresiva y continua en muchas dimensiones de la vida comunitaria y de la vida individual personal. Todo se ha estremecido. Un estresante psicosocial puede ser cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizás causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental. En este caso no ha habido una exposición a la muerte, o lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, pero si a otros muchos estresantes materiales y emocionales, básicos para un propósito vital y sentido de vida que se ha visto interrumpido por un infortunio que no puede ser controlado y es generador de indefensión.

No todos reaccionamos de la misma manera a un estresor continuo. El tiempo hará que emerja la demanda de atención (12,13). Ahora bien, nos parece más vulnerable que ocurra a nivel individual en subgrupos de población que puedan presentar una soledad forzada y más acentuada, la separación de seres queridos, la de los hijos de sus padres, la imposibilidad de inserción en el lugar deseado, las preocupaciones por las enfermedades de familiares, la inseguridad laboral, los problemas de vivienda deseada, o la pérdida de propiedades de sustento, o de volumen de negocio significativo, ellos por no recibir en tiempo y forma, una adecuada y ordenada atención por parte de las instituciones públicas de acuerdo a un plan de necesidades individualizado. Problemas múltiples o únicos, que pueden tener una repercusión sobre la salud mental y derivar en problemas psicológicos. Digamos que nos movemos entre, no presumir que todos quienes están en una situación de emergencia han sido traumatizados, ni que las personas aparentemente resistentes no necesiten apoyo.

El estresor social del vulcanismo y sus consecuencias psicosociales de acuerdo a las jerarquías de necesidades de Maslow (14) y el desarrollo psicosocial de Erickson (15) generará nuevas necesidades y crisis biográficas que condicionará los procesos adaptativos individuales y colectivos. Este proceso de adaptación requerirá un tiempo ante el cual pueden generarse numerosos reacciones emocionales y cognitivas y de reelaboración de la crisis biográfica. Procesos a priori naturales que nada tienen que ver con su psicologización y psiquiatrización. El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (16). Las estrategias propuestas por Lazarus et ál, son el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar. En general señalan que, “las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno”. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio”. Asimismo, se han descrito siete estilos básicos (17) de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva, (4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión.

La propia OMS (18) reconoce que las situaciones de emergencia causan malestar a la mayoría de las personas, que se manifiesta, por ejemplo, en forma de ansiedad y tristeza, desesperación, trastornos del sueño, cansancio, irritabilidad o ira y/o dolor. Estos efectos son habituales y suelen mitigarse con el tiempo, sentencia la OMS. El malestar emocional inmediato suele ser normal, al sentirnos fuertemente perturbados por los acontecimientos.

Es muy probable, que los más vulnerables, sean las personas mayores, mientras que los niños y adolescentes, al mantener la actividad escolar con presencia física que tiene un valor enorme como amortiguador de estrés y facilitador para reelaborar colectivamente la experiencia intersubjetiva lo sean menos. En unas recientes jornadas sobre la salud mental en la isla, se comunicó, un aumento del consumo de alcohol y drogas y de la violencia de género a raíz de esta catástrofe. Está contrastado por el Instituto Canario de Igualdad (19) que entre el 19 de septiembre y 18 de octubre,

hubo un aumento del 57 % en las llamadas en la isla La Palma por denuncias de casos de violencia de género. Días en los que la erupción volcánica de Cumbre Vieja había provocado una ocupación total en pisos de acogida. Las autoridades señalan como explicación que en los momentos de tensión se genera un incremento en las situaciones de violencia de género y las peticiones de ayuda de las mujeres. El propio Director de Área de Salud de La Palma (20) reconoció en los Llanos de Aridane en las Jornadas sobre “Salud mental y emergencia volcánica” que las infraestructuras de La Palma en cuanto a salud mental son deficitarias, debido a que no se ha hecho una inversión real en función de las necesidades de la isla. Así mismo, se ha constatado el aumento de recetas de medicamentos antidepresivos y ansiolíticos. También en las citas médicas relacionadas con la salud mental desde que comenzó la erupción el pasado 19 de septiembre. Así mismo, se comunicó la puesta en marcha de un equipo de atención domiciliaria con una enfermera especialista y una trabajadora social, y se demanda de la isla una unidad hospitalaria de media estancia. El Cabildo de La Palma ha reforzado, ha dicho su presidente, las plantillas de atención psicológica en servicios como el de atención al menor.

En los primeros auxilios psicológicos se recomienda ayudar a buscar sensaciones de seguridad, sensación de calma, sensación de auto eficacia (Yo o nosotros podemos hacer algo), contacto con familiares, apoyo y transmisión de esperanza. Extender la mano y brindar alivio. Suelen remitirse las primeras reacciones emocionales espontáneamente sobre los tres meses. La mayoría se recupera sin ayuda especializada. Uno de cada 7 puede quedar con secuelas emocionales a largo plazo. Protocolos de primeros auxilios como el PAP: ABCDE (21) pueden ser útiles en estas situaciones, cuya aplicación puede tardar entre 10-60 minutos, siempre y cuando los adaptemos a contextos y preferencias

La atención psicológica de emergencia de primeros auxilios ha estado disponible cerca de donde están las personas, en los ayuntamientos y mediante un servicio de atención telefónica, asimismo, la ACN (22) ofreció desde el primer momento su ayuda. Los primeros auxilios descritos como de “acompañamiento y regulación emocional” han sido ofrecidos por psicólogos no clínicos.

La pregunta es: ¿cuándo no debemos hacer primeros auxilios psicológicos y derivar urgentemente a atención primaria? Se han descrito en otras situaciones (23): Ideación suicida, intento de agresión a terceros, sin reacción a estímulos, ideas desajustadas de la realidad, crisis de pánico grave, pacientes con trastorno psiquiátrico descompensado, pacientes con trastornos psiquiátricos sin medicación.

Ha sido muy positiva la respuesta social y lo tendrá que seguir siendo cuando el volcán apague su actividad, el fortalecimiento de las redes de apoyos sociales e institucionales que se han ido generando, y los nuevos lazos sociales entre los damnificados y el resto de la comunidad que ha compartido desde cualquier lugar esta experiencia. Se ha de huir del empleo de un modelo caritativo que considere que los miembros de la isla son principalmente receptores de servicios y de organizar apoyos que menoscaben o hagan caso omiso de las responsabilidades y capacidades locales, pues, los sentimientos de vergüenza social pueden afectar a los damnificados. No sería convincente ir creando hongos de servicios paralelos de salud mental para determinados subgrupos de población, pero si establecer sistemas eficaces de remisión a los servicios públicos de salud mental, que son servicios de mayor complejidad y de apoyo a personas gravemente afectadas.

En mayo del año 2008, el volcán Chaitén, ubicado en la provincia de Palena, hizo erupción tras una seguidilla de temblores. La potencia del evento afectó particularmente a la localidad de Chaitén, ubicada justo en las faldas del volcán, lo que obligó a la evacuación de toda su población. Tras el desastre, y frente a la necesidad de reconstruirla, Chaitén se configuró en el imaginario de los expertos y los medios de comunicación, como un sitio que no podía ser rehabilitado debido a los riesgos que implicaba una nueva erupción volcánica. Este puede ser un buen ejemplo para acompañar la experiencia de reconstrucción.

Los procesos de reconstrucción tras un evento desastroso a menudo se plantean como una oportunidad de avanzar hacia un desarrollo sostenible, (24,25,26), no obstante, esto implica tener en cuenta que los planes de recuperación no son aplicados en espacios “vacíos”, sino en



contextos repletos de significados y relaciones sociales donde una reconstrucción en tanto una “oportunidad de mejora” no existe como parámetro autoevidente. Tomando esto en consideración, las estrategias de reconstrucción permiten reflexionar en torno a las narrativas sociales que acompañan todo proceso de recuperación postdesastre. Algunas recomendaciones para este tipo de gestiones hacia el futuro (27) son:

(a) la atención al ajuste contextual/territorial, validando la creación de un plan específico para cada territorio y realidad particular; (b) el planteamiento de una reconstrucción participativa, en la que los planificadores y tomadores de decisiones reconozcan a las comunidades afectadas como portadoras de información útil y necesaria que puede aumentar la eficacia de los procesos de reconstrucción; (c) el fortalecimiento de la organización civil, apoyando la existencia de una comunidad cohesionada capaz de sobreponerse a una catástrofe; (d) la mantención de las disposiciones barriales en los nuevos asentamientos, a fin de favorecer la constitución de comunidades organizadas donde prevalezcan el diálogo

y la participación social; (e) el desarrollo de un proceso de acompañamiento psicosocial, en el que se apoye a las personas en la superación del trauma que supone enfrentar un desastre y se incentive la unión e integración de la comunidad, atendiendo así a las necesidades subjetivas de quienes se vieron afectados. (f) la concepción de una reconstrucción multidimensional en la que se proyecten planes de recuperación a largo plazo, considerando todos los elementos que dan vida a una comunidad -fuentes laborales, centros de salud, educación, sistemas de abastecimiento, telecomunicaciones, fuerzas de orden, entre otros-, y un monitoreo posterior que preste atención a las condiciones de vida que se desarrollan en las comunidades reconstruidas.

Estamos convencidos de que la confianza, la credibilidad y la conducción de las consecuencias del vulcanismo en la Palma dependerán de un manejo empático, dialogante, de escucha activa por parte de las autoridades, sin absurdos protagonismos, y con la participación de todos, son imprescindibles para poder salir todos de la mano de esta catástrofe (28). Esperemos que así sea.

Contacto

Francisco Rodríguez Pulido ✉ fpulido15@me.com

Bibliografía

1. DECRETO 112/2018, de 30 de julio, por el que se aprueba el Plan Especial de Protección Civil y Atención de Emergencias por riesgo volcánico en la Comunidad Autónoma de Canarias (PEVOLCA).
2. ECD Confidencial Digital. Los daños del volcán al plátsdon elementos imprescindibles para salir todos juntos de la mano de esta catástrano de La Palma: 1.200 hectáreas afectadas y 20 millones de euros de pérdidas. <https://www.elconfidencialdigital.com/articulo/dinero/danos-volcan-platano-palma-1200-hectareas-afectadas-28-millones-euros-perdidas/20210923184155278662.html>
3. Rodríguez Pulido F. Mas que mi hogar. La Provincia. Entre líneas. Viernes 27 septiembre, 2021.
4. Luisa Fernanda Barrero G.* Algunas consideraciones sobre la voluntad. Franciscanum. Volumen LIII nº156, Julio-diciembre de 201.
5. Hebe Tizio, “Migraciones y Exclusiones”, Publicación realizado en la revista de psicoanálisis Nº 3 “El Faro”, Grama Ediciones, Octubre 2008.
6. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, OMS.2009 sitio web de la IASC: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/product>
7. Rodríguez Pulido F. Ensayo para una lectura crítica, De Sísifo a San Borondón, Colección Mercurio 43. 2019. ULPG.

8. Schopenhauer A. El arte de sobrevivir. Ed. Herder. 2 Ed,2018.
9. Soren Kierkegaard. Temor y Temblor. Editorial Losada. 2003.
10. Ralph Hertwig, Greg Barron, Elke U Weber, Ido Erev. Decisions from experience and the effect of rare events in risky choice. *Psychol Sci.* 2004 Aug;15(8):534-9. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00715.x.
11. Rodríguez Pulido F. El rugir del dolor y las esperanzas. *La Provincia*. Reflexión. 27 octubre 2021.
12. Rodríguez Pulido F. El tiempo eruptivo. *La Provincia*, Reflexión. Miércoles 10 noviembre 2021.
13. Thomas Ward Elston, Ian Grant Mackenzie, Victor Mittelstädt . Outcome uncertainty influences probability perception and risk attitudes. *R Soc Open Sci.* 2021 Oct 6;8(10):210307. doi: 10.1098/rsos.210307. eCollection 2021 Oct.
14. Maslow A. A Theory Of Human Motivation. Amazon. 2013.
15. Erickson. E, El ciclo vital completado. Paidós Ibérica. 2000.
16. Lazarus R Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. México: Ediciones Martínez R.
17. Sandin B Chorot P. Cuestionario De afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2003, Volumen 8, Número 1, pp. 39-54.
18. OMS. Salud mental en las emergencias. 11 de junio de 2019. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-in-emergencies>
19. Atresmedia (8/11/21). Lucha contra el Maltrato. Tolerancia Cero. Preocupante aumento de las denuncias por violencia de género durante la erupción del volcán en La Palma. Madrid. Web. Compromisos Atresmedia.com
20. RTVC. Radio Televisión Canaria. EFE. Killian Sánchez afirma que desde que se inició la erupción ha aumentado las recetas de antidepresivos y ansiolíticos además de las citas relacionadas con la salud 30 noviembre 2021 12:41 pm. <https://rtvc.es/killian-sanchez-dice-que-la-infraestructura-de-salud-mental-es-deficitaria>
21. Protocolo PAP-ABCDE® (Primeros Auxilios Psicológicos protocolo ABCDE) desarrollado y validado en Chile por la Escuela de Medicina UC. <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-abcde-la-aplicacion-primeros-auxilios-psicologicos/>
22. Twitter ACN. Apoyo psicológico de forma voluntaria para los afectados por la catástrofe de La Palma. 24 de septiembre 2021.
23. Rodrigo A. Figueroa, Humberto Marín, Matías González. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica Chile* 2010; 138: 143-151.
24. ONEMI. Ministerio del Interior y la Seguridad Pública. Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior. 2016: 27).
25. Rodríguez Pulido F. Chaitén, un ejemplo para la reconstrucción. *La Provincia*. Apuntes. 2021.
26. Rodríguez Pulido F. Chaitén un plan de futuro. *La Provincia*. 2021.
27. Fernanda Gallegos Gutiérrez, Valentina Turén Croquevielle, Marcelo González Gálvez. Reconstrucción Multidimensional: ¿Cómo incluir las narrativas sociales en la recuperación de sitios post-desastre? *Serie Policy Papers, CIGIDEM.* 2021.
28. Rodríguez Pulido F. Saldremos de esta juntos. *La Provincia*. Entre líneas. Viernes 1 octubre 2021.

• Recibido: 08/12/2021.

• Aceptado: 21/12/2021.

Reflexiones acerca de lo que significa ser Terapeuta Ocupacional frente al suicidio de un paciente.

Reflections about what it means to be an Occupational Therapist in the face of a patient's suicide.

Jorge Serna Yepes.

Terapeuta Ocupacional, Hospital de Día Ramón y Cajal.

Cesar Pérez Franco.

Terapeuta Ocupacional, Hospital de Día Santa Cristina.

Pilar García-Margallo Ortiz de Zárate.

Terapeuta Ocupacional, Unidad de Estancia Breve Ramón y Cajal.

Resumen: Este artículo es un acercamiento personal y grupal al suicidio, por lo tanto, no es una guía, no es un estudio comparativo ni descriptivo, ni una revisión bibliográfica, son unas reflexiones personales,” de unos humildes obreros de la terapia; de la Terapia Ocupacional”; quizás lo que si pretende ser es un movimiento de abreacción, donde el lector no se convierta en un mero espectador, sino en alguien que me acompañe. No intentamos instruir a nadie sino simplemente compartir con vosotros lo que significó en nuestro proceso de convertirse en terapia ocupacional y en nuestra experiencia personal, enfrentarse a esta realidad.

Palabras claves: suicidio, terapeuta ocupacional, equilibrio ocupacional, superviviente, volición, identidad ocupacional, vacío existencial, ocupación.

Abstract: This article is a personal and group approach to suicide, therefore, it is not a guide, it is not a comparative or descriptive study, nor a bibliographic review, it is some personal reflections,” of some humble therapy workers; Occupational Therapy ”; perhaps what it does intend to be is a movement of abreaction, where the reader does not become a mere spectator, but someone who accompanies me. We are not trying to instruct anyone but simply to share with you what it meant in our process of becoming Occupational Therapy and in our personal experience, to face this reality.

Keywords: suicide, occupational therapist, occupational balance, surviving, volition, occupational identity, existential emptiness, occupation.

Damos las gracias a Nuria Alonso (por su cariño y escucha), Ana Abad (por su apoyo y motivación) y a Mariano Hernández (por sus palabras y reflexiones).

No nos libramos de un dolor mientras no lo conozcamos hasta el extremo. *M. Proust.*

¿De qué nos sirve viajar a la luna si no somos capaces de atravesar el abismo que nos separa de nosotros mismos? *Thomas Merton.*

Introducción

Actualmente resulta cada vez menos tabú hablar del suicidio, pero, en nuestra opinión, todavía no se aborda con la suficiente claridad ya no solo desde la sociedad en general, sino sobre todo desde los distintos sectores profesionales de la salud mental incluyendo a los Terapeutas Ocupacionales; supongo que por el miedo a asumir esta realidad. Si a todo esto le añadimos la influencia que la moral y las distintas “creencias” que se ejercen y se han ejercido desde la sociedad, es fácil comprender que, en nuestro medio, el comportamiento suicida sea considerado como una conducta reprobable, por lo tanto, estigmatizante. Estigma que ya no solo señala (la sociedad) al paciente, sino que es compartida por la triada: paciente, familia y profesional, y que de alguna forma puede provocar que uno se sienta señalado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), celebró en el 2019 el día Mundial de la Salud Mental, en concreto el 10 de octubre, dedicándolo a la prevención del suicidio, lo cual permitió de alguna forma concienciar y movilizar a la población acerca ya no solo de las cuestiones relativas a la salud mental sino a un tema significativamente alarmante como es el suicidio.

Como bien sabemos el suicidio es uno de los problemas de salud pública más grave en todo el mundo, siendo la causa de más 1.000.000 muertes anuales. (1) La mortalidad anual global provocada por suicidio se estima en 16 muertes en 100.000 personas, lo que equivale a un suicidio cada 40 segundos (la verdad es que no sé cuánto tardarás en leer esta reflexión, pero podéis hacer un simple cálculo y seguro que os hará pensar). Las tasas de mortalidad por suicidio se han ido incrementando en los últimos años hasta un 60% a nivel mundial. La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios

consumados (Kessler et ál., 2005). Siendo los grupos etarios más vulnerables los jóvenes y ancianos, especialmente los hombres. (2)

El suicidio se mantiene como la principal causa externa de muerte en España, según el Instituto Nacional de Estadística y el Consejo General de la Psicología de España). Las estadísticas disponibles en el año 2018 señalan que el suicidio se mantiene nuevamente como la primera causa de muerte externa en nuestro país con 3.539 fallecimientos. Según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio en el año 2018, el suicidio va a ser responsable del 1.5% de todas las muertes, la décima causa de muerte a nivel mundial. Habiendo una media en España de 10 suicidios al día, por lo tanto, cada 2,5 horas alguien en nuestro país se ha suicidado (3). Por cada suicidio, se estima que 6 personas sufren un intenso duelo.

Pero ¿qué entendemos como terapeutas ocupacionales por suicidio?

Aunque no es el objetivo del artículo/reflexión, sí nos parece interesante poder definir este concepto a lo largo de la historia, un poco con la idea de poder entender y concretar este término: Suicidio. Sí nos gustaría recomendar, si nos lo permitís, la necesidad de poder leer los distintos modelos teóricos y explicativos del por qué se puede llegar a producir este fatídico acto.

El suicidio ha sido investigado desde diversas disciplinas: psiquiatría, psicología social, sociología, filosofía, antropología..., etc., por lo que existen múltiples definiciones y clasificaciones de la conducta suicida a lo largo de la historia de la humanidad.

El concepto de suicidio ha ido sufriendo variaciones y evoluciones a lo largo de la historia debido a que ha sido interpretado de maneras distintas en función de la época histórica, régimen moral

imperante y el sistema cultural dominante (Vicente Muelas y Ochoa Mangado, 2007) (4). Este acto ha sido un comportamiento muchas veces enaltecido y otras banalizado; y en otros momentos ha sido muestra de valor y libertad o de cobardía y debilidad (5).

El filósofo y sociólogo francés Emile Durkheim (1897) lo definió como cualquier caso de muerte que, directa o indirectamente, es el resultado de una actuación positiva o negativa realizada por el ejecutor —y a la vez víctima— a sabiendas de cuál será el desenlace. Para Durkheim, el suicidio no es un acto nacido desde el individualismo sino *un fenómeno sociológico* debido en buena parte a una deficiente —o inexistente— integración del individuo en la sociedad. Este acto por lo tanto será un acto multifactorial en el que intervendrán factores psicológicos como sociológicos, filosóficos, morales-éticos y biológicos (4). A partir de este autor y otros (como Pinel, Esquirol, Freud...) llegamos a definiciones más actuales: según la OMS en 2003, el «comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto (“suicidio consumado”)». (6)

El suicidio es el acto de matarse de forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica. (7)

La Real Academia Española (RAE) se refiere al suicidio como el acto de «quitarse voluntariamente la vida. (8). Como indica el Dr. Enrique Echeburúa, el suicidio es y será una urgencia vital ubicada no solo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperan-

za profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida. Por ello, no es un problema moral. Es decir, los que intentan suicidarse no son cobardes ni valientes, solo son personas que sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y que no tienen la más mínima esperanza en el futuro (Bobes, Giner y Saiz, 2011)”(9). Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren morir (de hecho, son muchas más las tentativas suicidas que los suicidios consumados), lo único que quieren es dejar de sufrir y por eso pueden estar contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha controlado (Spirito y Donaldson, 1998).

En conclusión, sí que señalaríamos una serie de conceptos especialmente importantes que nos ayudan a comprender lo que podría definir el suicidio: social pero individual, acto multifactorial, acto de matarse voluntariamente, del pensamiento al acto, emoción, sufrimiento, urgencia y pérdida de esperanza. Conceptos que de alguna forma nos permiten llegar al siguiente cuestionamiento: ¿qué entendemos como terapias ocupacionales por suicidio? La realidad es que no existe o quizás no hemos sido capaces de encontrar una definición y/o modelo que desde la terapia ocupacional pudiese explicar el concepto suicidio.

Sabemos que, como terapias ocupacionales, nuestras intervenciones van a tener como fin el “intentar” restablecer el desarrollo vital del individuo, es decir, recuperar la salud; entendida ésta como un equilibrio y/o dominio entre las distintas áreas, en nuestro caso ocupacional; que a su vez engloba o hace referencia a un determinado funcionamiento ocupacional (10). Como dice G. Kielhofner la identidad del individuo va a estar definida en función de sus roles, así como las relaciones, los valores y creencias, el auto concepto, los deseos y los objetivos personales. Su modelo teórico, el M.O.H.O. (Modelo Ocupacional Humano) concibe a los seres humanos como un sistema abierto y dinámico, resaltando el “Comportamiento Ocupacional” como un proceso organizador. Este sistema abierto y dinámico; está compuesto, a su vez por elementos internos que se dividen en tres subsistemas: la volición, habituación y capacidad de desempeño. Todo este sistema abierto

está en relación con un entorno/ambiente (componentes externos), existiendo permanente comunicación entre ambos.

Si analizamos el concepto *volición* desde este modelo, podríamos pensar que, como seres humanos, somos seres en acción. Esta acción nos permite dar forma a nuestro propio ser, y a su vez nos proporciona la base de la “motivación” hacia la ocupación. Por lo tanto, la volición o necesidad/deseo para la acción va a estar mediada por distintos aspectos tanto físicos como biológicos, sociales y psicológicos-emocionales. Cada uno de nosotros vamos a tener sentimientos y pensamientos “volitivos” acerca de lo que cada uno de nosotros consideramos importante (los valores), el cómo nos percibimos en relación con nuestra capacidad, competencia y eficacia (causalidad personal) y cómo encontramos de disfrutable el hacer (intereses). Estos tres aspectos van a contener componentes esenciales de nuestro sentir, de nuestro pensar y fundamentalmente de nuestro hacer. No solo como seres individuales, sino en relación con el mundo; una relación entremezclada, recíproca, dinámica y básica para la construcción de nuestro propio yo. Hasta tal punto, que es a través de esta relación mutua donde nuestra propia identidad se construye. (11)

Podría ser (como hipótesis), que estos pensamientos y sentimientos volitivos acerca de quién es uno (identidad) se vean influenciado por distintos estados mentales (conscientes o inconscientes) llevando a la persona a contactar con las múltiples “caras del suicidio”. O, mejor dicho, pudiera ser que la fragmentación de la identidad del individuo (escindido y/o dañado por distintos estados mentales) condujera a una disfunción volicional del sujeto, y por lo tanto a la “infelicidad”, al vacío existencial previo al “deseo de no ser”, como respuesta al intento de volver a ser. Por lo tanto, podríamos plantearnos el suicidio como una disfunción volicional de individuo afectado por distintos estados mentales... (la verdad que no sabemos... pero...).

¿Por qué hablar de este tema?

No existe quizás una única razón, (de hecho, lleva en nuestro cajón varios años), suponemos que ahora es el momento vital-profesional en el que podemos enfrentar a nuestros miedos/temores

que si bien son emociones básicas con función de protección a veces nos encorsetan y limitan.

Desde una posición existencial que incluye la percepción que tenemos de la vida, de uno y de los demás) donde nos sentimos más “capaces-valientes “para hablar del tema del “deseo de no vivir-no hacer” del otro frente (no desde una posición confrontativa sino de acompañamiento) a nuestro deseo “de vivir-hacer”. Poder hablar desde nuestra propia narrativa, un poco como un acto rebelde y adolescente en contraposición a estos momentos donde la “ciencia, los datos, los protocolos... etc.”, nos abren nuevos campos y posibilidades, pero, por otro lado, a veces nos limitan a la hora de poder visibilizar lo que nos sucede a los terapeutas ocupacionales en nuestro “quehacer” diario en relación con el otro.

Sentimos que la única forma de poder enfrentar a este hecho es hablar de él, es decir, aplicar aquello mismo que les decimos a las “personas” con los que intervenimos y es (*poner palabras, hacer visible lo no visible*), ya que es la única forma de poder construir un lenguaje entre ambos, un dialogo necesario para poder entender realmente al paciente suicida, a su entorno y a nosotros mismos.

Otras posibles causas por la que nos animamos a hablar de este tema es la escasez de formación académica universitaria específica y no universitaria y las escasas o nulas referencias bibliográficas (específica de la TO) a las que agarrarse, a la hora de manejar e intervenir en esta situación, hasta tal punto que más allá de las evaluaciones propias de otros profesionales tales como las Escalas de Depresión de Beck (BDI-II), (Beck, Brown y Steer, 1996) o Hamilton (HDRS) (1960) o la Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974), (12) no tenemos casi instrumentos de valoración de la conducta suicida de las personas con las que intervenimos en la propia valoración ocupacional. De hecho, por no saber, no sabemos ni qué, ni cuándo ni cómo preguntar.

Algunas de las preguntas básicas que debemos o deberíamos plantearnos en la entrevista ocupacional podrían ser: “¿ha pensado alguna vez que lo mejor sería 'quitarse de en medio'?, le pregunto esto porque algunas personas en su misma situación lo suelen pensar, y, ¿cómo ha



pensado hacerlo?”... Muchas veces nos da miedo preguntar estas cuestiones porque uno de los mitos que se han ido arrastrando a lo largo de los años es que preguntar sobre el suicidio puede inducir este tipo de ideas en el entrevistado. La realidad es que solo por preguntar, no vamos a provocar el suicidio (posición, por cierto, algo narcisista). Estos pensamientos van a estar en un porcentaje elevado de personas a lo largo del proceso de pérdida de salud, convirtiéndose el suicidio en la solución a sus problemas. Lo que sí se sabe es que preguntar por este tema puede ser muy liberador para la persona entrevistada, pues aún en nuestra sociedad pensar en estas cosas tiene un gran estigma.

De alguna forma el “paciente suicida” va a significar un reto constante en nuestro quehacer como terapeutas ocupacionales (y con la forma de concebir la propia terapia y al ser humano) enfrentándose a los propios límites tanto de la profesión como personales. La realidad es que todos los que trabajamos como terapeutas ocupacionales independientemente del ámbito clínico en que desarrollemos nuestra actividad, vamos a estar expuestos a la potencial conducta suicida de nuestros usuarios, manifestada a través de las diferentes dimensiones que dicha conducta suicida pueda adoptar. En nuestra vida profesional es y va a seguir siendo uno de los episodios más traumáticos al que nos hemos tenido que sufrir y al que nos tendremos que seguir enfrentando, y digo traumático porque es el que más “cicatrices invisibles” (expresión de nuestra compañera y amiga Ana Abad) han dejado en nuestra identidad profesional.

Desafortunadamente no existen estudios donde se contabilice el número de casos de suicidio al que como terapeutas ocupacionales nos tenemos que afrontar en nuestra labor profesional en el discurrir a lo largo de nuestra vida laboral. No pasa lo mismo con otras profesiones; donde si existen estos estudios.

Como dice la Dra. Julie Cerel, presidenta de la Asociación Americana de Suicidología y profesora en la Universidad de Kentucky en la entrevista que le realizan para Pysciencia, “A lo largo de más de 20 años desafortunadamente me he tenido que enfrentar a esta realidad y todo lo que produce este acto, más de una vez”. “La gente suele creer que

el impacto solo llega a un puñado de familiares cercanos”, “En realidad, nuestro trabajo ha encontrado que 135 personas son expuestas a cada suicidio; quiero decir, personas que conocieron a quien murió. Y más o menos un tercio de ellos son impactados profundamente”. En otros estudios se calcula que el número de supervivientes que se producen frente a un suicidio llega aproximadamente hasta 20 personas, incluyendo a todos aquellos profesionales que intervinieron directa o indirectamente con la persona suicida (13).

Podemos definir como sobrevivientes-supervivientes de un suicidio a las personas que sufren la muerte del que se suicida y que por su grado de cercanía han sido afectadas e impactadas por la noticia. Jordan y McIntosh definen que los supervivientes del suicidio son aquellos que perciben un alto grado de malestar o sufrimiento psicológico, físico o social por un período prolongado de tiempo luego del suicidio de un sujeto. (1)

Llegados a este punto podríamos preguntarnos: *¿Podríamos ser los terapeutas ocupacionales supervivientes de este fatídico acto?*

Es difícil responder a esta cuestión. Desde nuestra experiencia y vivencia creemos que sí, que somos supervivientes ya que hemos recibido la onda expansiva de esta “bomba” que suele ser el suicidio del otro, de la persona que tenemos enfrente. De ahí que surja la necesidad de poder hablar y reflexionar acerca de ello desde el rol profesional; sobre nuestra intervención en estas situaciones donde la vulnerabilidad del paciente suicida y la nuestra propia están presentes, interactuando y remitiéndonos a nuestros propios duelos, traumas, valores morales, miedos y estigmas.

Construcción de la identidad del terapeuta ocupacional en relación con un otro

Según G. Kielhofner la Identidad es uno de los principales factores que describen la percepción que un individuo tiene de sí mismo y es construida a partir de experiencias reales y significativas. El desarrollo de la identidad personal está estrechamente unido al auto concepto y auto desarrollo profesional, produciéndose un intercambio creativo y permanente entre el saber y el ser. Un intercambio que evidencia la capacidad de las

personas para aprender a evolucionar y construir su propia línea de auto afirmación profesional/personal. La identidad se refiere tanto a lo que distingue a una persona como a la manera en la que las personas las ven.

En la definición de la TO, Christiansen (1999), señala que la identidad está influida por el amplio mundo social en el que nos encontramos. Esta autora argumenta además que nuestra participación en las ocupaciones ayuda a crear nuestra identidad. Con el paso del tiempo y las experiencias vividas las personas crean una identidad ocupacional, es decir, en quiénes desean convertirse y qué rol cumplirán en la sociedad. (11)

Podríamos señalar varias fases en la construcción del rol de terapeuta y en el aprendizaje de nuestro papel profesional (como dice Pilar García-Margallo en su artículo “Un recorrido intimista a lo largo de la identidad profesional”), pero solo nos vamos a centrar en dos etapas: en el inicio y la actualidad. (11)

Cuando uno empieza a desarrollar el rol laboral, por lo tanto, a construir la identidad profesional en el ámbito de la salud mental, sabíamos que tendríamos que intervenir (acompañar) sobre sujetos con ciertos tipos de sufrimientos muchas veces asociadas a distintos tipos de patologías sobre las que íbamos a tener que intervenir como son la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad... Pero debido quizás a que el suicidio es un acontecimiento poco frecuente (o eso creíamos), no estábamos preparados para lo que nos encontramos algunos de nosotros a los pocos meses de acabar la carrera y al empezar a trabajar en una unidad, clínica: fue el suicidio de algunos de los usuarios del recurso.

Algo que nos quedó claro desde el principio en la construcción de la identidad profesional es que se hacía imprescindible conocer, no solo como se construye la identidad de un individuo sano vs no sano (la psicopatología); así como, las distintas formas de intervenir desde la terapia ocupacional. Si atendemos a las causas del comportamiento suicida, se sabe que la “enfermedad mental” va a ser un factor predisponente más importante, ya que las personas que lo pa-

decen van a presentar un riesgo de suicidio diez veces mayor, que aquellas que no las sufren. Así, la mayoría de los países occidentales, cerca del 90% de las personas que murieron por el suicidio presentaban un problema mental (depresión bipolar, depresión, esquizofrenia, abusos tóxicos...) (Espectador, Munera 2013). (5)

Una vez que uno se encuentra con el suicidio; como una realidad más de la manifestación de la psicopatología (o no), nos quedó claro lo importante que era saber más sobre el suicidio, así como los factores de riesgo y los factores de protección, que de alguna forma podían ponernos en sobre-aviso acerca del otro, lógicamente uno necesita tener una especie de “fotografía” de quien tiene delante con el objetivo de poder generar hipótesis de intervención sobre el usuario.

Algunas de las preguntas que nos surgieron en ese momento y que de alguna forma nos seguimos cuestionando: ¿qué pasa cuando la identidad ocupacional del paciente se ve atravesada por la sensación de vacío existencial que provoca que la identidad del individuo se fragmente?, ¿cómo puedo intervenir como terapeuta ocupacional frente a este vacío?

Se supone que los terapeutas ocupacionales en general tenemos herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas y aliviar esta sensación/pensamiento del otro... entonces... ¿cómo intervenir frente a su deseo, frente a su libertad...?, ¿es útil la terapia ocupacional frente al deseo del otro de no ser?, ¿cómo trabajar sobre los valores-creencias ocupacionales para que estos mismos se conviertan en un anclaje, podríamos llamarlo *anclajes de vida*, como por ejemplo la familia...?

Nos parece interesante detenernos en este concepto: **vacío existencial**. Lo podríamos definir: como un espiral sinsentido. Una desgarradora sensación en la que el significado de la vida ha desaparecido y solo queda el sufrimiento y una experiencia de desconexión con el mundo exterior. Buscar una razón única por la que una persona decide suicidarse, no sería justo, debajo de tanto dolor, sufrimiento, incompreensión... suponemos que existirá la vivencia de que no se han podido canalizar sentimientos como la agresión, otros como el vacío existencial donde la persona



con la que intervenimos no encuentra sentido a la vida, donde de alguna forma no se le permite encontrar sentido a su propia identidad y por último sentimientos de no utilidad (14). Viktor Frankl considera el vacío existencial como: «*La pérdida del sentimiento de que la vida es significativa*» «Las personas presentan el sentimiento de que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido. Se ven acosados por la experiencia de su vaciedad íntima, del desierto que albergan dentro de sí» (frases extraídas de la obra de Frankl “Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia”). (15)

Volviendo a lo anterior; en terapia ocupacional, nuestro centro de interés va a ser la **ocupación**, viendo la identidad personal ampliamente ligada al quehacer diario, ya que las ocupaciones nos proporcionan los contextos y oportunidades necesarias para la creación de vidas significativas. El acto de realizar y encontrar un propósito en lo que hacemos, permite que nos sintamos bien con nosotros mismos, nos da sentido de autorrealización y nos permite ser frente a los otros (porque el hacer siempre tiene un significado social). Esta búsqueda de alguna forma puede convertirse en un salvavidas para la persona que sufre. A lo largo de los diferentes periodos vitales que recorremos como personas, vamos tomando cada vez más y más conciencia de quienes somos, de lo que apreciamos en la vida (valores, intereses) y de lo que queremos llegar a ser y a hacer. En este camino, nos vamos definiendo como seres singulares, únicos y encontrando en nuestro hacer, un sentido vital, una razón de vivir, una forma de encontrar sentido a la vida y llenar ese vacío en el que muchas veces nos podemos llegar a encontrar y, por qué no, sentir.

Cuando uno es joven e inexperto, hay veces que uno se puede situar en posiciones fundamentalmente “narcisistas” de poder/saber en la intervención terapéutica. Esto hizo que el suicidio de algunas de las personas con las que interviniésemos fuera vivido como un fracaso personal, con la consiguiente fuente de frustración, culpa, vergüenza, sentimiento de inutilidad, de rabia (de traición), de minusvalía profesional frente a nosotros, frente a otros compañeros y lo peor frente al resto de compañeros de paciente fallecido... que provocaron preguntas en nosotros, que de alguna forma pudieron dañar nuestra identidad

profesional. Todo esto, tarde o temprano se manifestó en nuestro desarrollo profesional y por último en la vida personal.

Lo que sí está presente en esta vivencia es el estilo personal de hacer frente a esta situación. Algo que hemos compartido algunos de los autores de este artículo ; era precisamente esto; no compartir la experiencia que supone, el no hablar de ello, de esconderlo, provocado por tanto dolor que lo ocultamos y lo tapamos muchas veces con razonamiento, con defensas y que nos permitieron construir alrededor de nuestro miedo una muralla infranqueable (estilo de respuesta negador y represor, para hacer frente al temor), lógicamente tenía una función; ahora con los años hemos podido entender que fue necesaria, pero que nos limitó como profesional y dificultó las relaciones terapéuticas con el otro.

Si que nos ayudó en ese momento fue el equipo de compañeros y algunas de las distintas experiencias personales frente a los duelos personales, cómo es poder reconocer nuestro propio trauma por ejemplo frente a la muerte de ser un ser amado. Por eso fue importante formarse, aprender de otros compañeros expertos y estudiar, leer, compartir y no tener miedo a hablar de las emociones, entre ellas la culpa.

Algo que leímos y nos ayudó fueron las palabras de Cerel sobre el duelo después del suicidio, describiéndolo como “similar al duelo tras otras muertes repentinas, pero se diferencia en el sentido que la gente afectada por estas muertes siente que hubo algo que pudieron hacer directamente para prevenir la muerte. Se preguntan por qué durante mucho tiempo”. Este por qué es algo que nos acompañó en nuestra labor. Entendiendo por duelo toda reacción universal, instintiva y adaptativa que se produce por la pérdida de un ser querido (Tal Young et ál., 2012) (16). Según Worden (2013) como consecuencia de este proceso de duelo pueden aparecer en las personas una serie de conductas normales como sentimientos de tristeza que se suelen manifestar a través del llanto o ira hacia la persona que ha fallecido, sentimientos de culpa y remordimiento, ansiedad, soledad, fatiga que puede ser expresada a través de indiferencia o apatía, desamparo, shock, añoranza, alivio e insensibilidad. También pueden experimentar una serie de sensaciones físicas, así como hiperactividad y

agitación, incredulidad, confusión, preocupación, así como tener la sensación de que la persona fallecida está presente, alucinaciones, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, conducta distraída, retraimiento, soñar con la persona fallecida, evitar recordarla, buscarla o llamarla en voz alta. (17). Consecuencias que de alguna forma no nos fueron del todo desconocidas, ya que el duelo por suicidio generalmente conecta con la sensación de lo inacabado, de lo no resuelto, del vacío que te deja el paciente, con lo abrupto, con lo inesperado, con la ruptura en la relación terapéutica, con la desconfianza y sobre todo con la tristeza aparte de la frustración que significa todo esto. Todas estas experiencias generaron un sentimiento de desconfianza ya no solo hacía el otro, sino hacia la labor como terapeutas, que provocaron unas ciertas reticencias a implicarse con el otro nuevamente, fundamentalmente por miedo a sentirse herido de nuevo. Preguntas internas que nos hacíamos eran del tipo: ¿qué se nos ha pasado?, ¿qué podríamos haber hecho?, ¿se nos pasó algo por alto?, ¿deberíamos haberme dado cuenta?, y afirmaciones internas como: ha pasado por algo que NOSOTROS hicimos mal... Este dolor se instauró como una señal de algo no resuelto.

En la actualidad, como terapeutas ocupacionales, hemos intentado construir un yo profesional basado en una posición existencial humanista frente al otro, donde el modelo de intervención no sea basado en un modelo centrado en nuestro propio discurso y sí, en el otro, en su narrativa y en todo su significado.

En el artículo de Bellido Mainar J.R, Berrueta Maeztu L.M, mencionan la siguiente reflexión que nos parece básica, y es como la relación terapéutica es un aspecto central de nuestra profesión, que se enmarca en lo que algunos autores anglosajones denominan la práctica centrada en el cliente, que, junto a la práctica centrada en la ocupación y la práctica centrada en la evidencia, forman las bases de la profesión. Como terapeutas ocupacionales, sobre todo (perdonar) cuando uno, es “experto”; algo que es fundamental ya no solo es el conocimiento del otro sino fundamentalmente de uno mismo, con el objeto de tener una relación terapéutica basada en el “eros”, es decir, en el amor, en la bondad y compasión hacía el otro y en la comprensión de su ser. Este proceso de conocimiento mutuo es algo que

abarca todo nuestro desarrollo como profesionales y sobre todo como personas. (18)

En este camino hacia el encuentro entre paciente-terapeuta nos ha permitido vivir la relación con nuestro contra-rol como un espacio de co-creación, donde la posibilidad del suicidio aun estando presente, puede vivenciarse no desde el miedo a volver a ser herido, sino desde la esperanza de poder “estar” con el otro, haciendo que el dolor por el suicidio del otro pueda ser manejable.

Partiendo del concepto de salud de la OMS y de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF, 2001), es evidente que el área ocupacional y el concepto salud van de la mano y no se puede entender uno sin entender al otro. Sabemos cómo la ocupación, como fin en sí misma, es determinante del bienestar y salud. También sabemos cómo esta ocupación va a permitir a la persona adaptarse y desarrollarse en su medio ya no solo satisfaciendo sus necesidades vitales sino otorgando y dando, significando a su vida. (19,20) Por otro lado, esta ocupación nos va a permitir a los seres humanos poner a prueba nuestras capacidades más intrínsecas (valores... resiliencia...) para adaptarse a los cambios tanto internos como externos. Con el tiempo hemos entendido que la ocupación tanto de tipo individual como grupal va a ser el espacio del encuentro entre el otro y el terapeuta, constituyendo un nosotros. Como terapeutas ocupacionales y psicodramatistas entendemos que el encuentro solo es posible a partir de la relación y la reciprocidad, solo cuando cada uno de los implicados experimenta la más simple y profunda existencia del otro, podrá experimentar la suya propia. (21).

En conclusión

Nuestras intervenciones como terapeutas ocupacionales con una visión humanista del ser humano van a estar encaminadas a ayudar a aliviar el sufrimiento de las personas con problemas de salud mental e intentar explorar, evaluar y ver qué estrategias de afrontamiento frente a los problemas tienen los usuarios del servicio de TO. Para eso usaremos nuestras herramientas; es decir, la ocupación y todo su significado. (20), sin olvidar el uso terapéutico de nuestro, sin olvidar el uso terapéutico de nuestro yo.



Como profesionales y en función del modelo de intervención que adoptemos frente al paciente, así como el tipo de relación terapéutica que establezcamos entre ambos, intentaremos posicionarnos, no en posiciones de poder y sí en posiciones donde el “eros terapéutico”, esté presente. Generando puntos de encuentro, de confianza... Quizás adoptando estas posiciones uno se haga más permeable al dolor del otro, y por lo tanto más vulnerables frente a su eventual suicidio del otro, pero mediante herramientas como con el conocimiento, experiencia y la supervisión vamos a ser capaces de estar acompañando al paciente, incluso frente a su deseo de no vivir.

Muchas veces la forma de afrontarlo variará en función de muchos factores (como las características personales del terapeuta, la experiencia vital-profesional, el momento del tratamiento en el que se encuentre el paciente, incluso en el recurso desde donde estemos llevando a cabo nuestra labor), siendo a nuestra forma de ver la experiencia del profesional y por lo tanto en la posición en las que se situé frente a este acto/paciente suicida las que determinen su forma de encajar esta experiencia.

En la actualidad el poder hablar (elaborar) de ello en espacios personales/individuales y grupales

nos ha permitido vivir el suceso de una manera menos traumática, menos solitaria, así como ser consciente de nuestras distintas respuestas personales frente a este hecho, el poder escuchar a otros compañeros expertos con experiencias de afrontamiento me ha ido ayudando a poder conseguir un mayor bienestar psicológico.

Es importante reconocerse e identificar la propia angustia (con sus señales), los propios mecanismos de defensa, pensamientos, emociones y temores, por que es a través de ellos cuando vamos a poder sobrellevar/manejar esta situación. El poder compartir nos va a ayudar a afrontar nuestros propios miedos, el sentimiento de culpabilidad... la forma de hacerlo es y será desde la generosidad del que no sabe, desde la aceptación de otra mirada que te va a permitir explorar tu hacer como terapeuta con el objetivo final de aprender, es decir, supervisar nuestra labor.

Está claro que toda situación traumática, así como su elaboración nos permite un crecimiento personal y profesional, así como un fortalecimiento de las habilidades como terapeuta. Aceptar nuestros propios límites desde una posición humilde nos va ayudara a ser mejores profesionales, pero sobre todo ser mejores personas. (1).

Contacto

Jorge Serna Yepes ✉ jorge.serna@salud.madrid.org
Hospital Ramón y Cajal. Carretera Colmenar viejo, Km 9.100 • 28034 Madrid

Bibliografía

1. “El suicidio de un paciente. Impacto en el psiquiatra”. Silviana Mazarra. Rev. Argentina de Psiquiatría. 2014. Vol XXV (pág. 184-194).
2. “Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo de comportamiento suicida”. Julio Bobes García, José Giner Ubago y Jerónimo Saiz Ruiz. Ed Triacastela 2011. Pág. 20.
3. “Guía informativa para la detención y prevención de suicidio”. www.cop.es. Año 2019.
4. “Consideraciones sobre el suicidio. Una perspectiva histórica” Vicente Muelas N; Ochoa Mangado E. www.psiquiatría.com. 2007.
5. El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y profesionales de salud mental. Pilar Munera Ramos. Tesis doctoral. Universidad de Granada 2013) (pág. 64).
6. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de calidad para el SNS

- del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T). 2012.
7. EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre 2006 (pág.67).
 8. RAE, 2014. Bedoya, E., Montaña, L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *Revista CES Psicología*, 9(2) (pág. 179-201). <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/issue/view/232>
 9. ECHEBURUA, Enrique. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicol* [online]. 2015, vol.33, n.2 [citado 2020-09-30], pp.117 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-48082015000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/So718-48082015000200006>
 10. Del Río Sáez R. Características del desempeño ocupacional e relación al riesgo de suicidio asociado en personas con trastorno mental en la comarca de Osona". *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2011; 8(14) [12p]. [Http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original9.pdf](http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original9.pdf)
 11. Talavera Valverde MA, compilador. Identidad Profesional en Terapia ocupacional. [monografía en Internet]. *TOG (A Coruña)*; 2008 [citado fecha mes y año]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num2/mono2.pdf>
 12. Terapia Ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. G.Kielhofner.3/a. edición. Traducción de Editorial Médica Panamericana, S.A. efectuada por la doctora Diana Klajn. 2015.
 13. "Como es el duelo para un terapeuta cuando un paciente de suicida". Lucy Madox. Mosaic. www.psyciencia.com. 2018.
 14. Vacío existencial: la sensación de que la vida no tiene sentido. Gema Sánchez Cuevas. www.lamenteesmaravillosa.com. 2020.
 15. El vacío existencial y la pérdida del sentido de vida en el sujeto posmoderno: retos para el cristianismo del siglo XXI. ISSN 0120-131X | Vol. 41 | No. 96 | Julio-Diciembre • 2014 | pp. 425-444 *Cuestiones Teológicas* | Medellín-Colombia.
 16. Tal-Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(4), 177-186.
 17. Worden, J.W. (2013). El tratamiento del duelo. Barcelona, España: Espasa Libros.
 18. En el artículo de Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2010 [fecha de la consulta-]; 8(13): [20p.]. <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>
 19. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2009 Dic [citado 2020 Oct 01]; 83(6): 775-783. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es
 20. Rebodero Rodriguez J, Novoa Fente M; Blanco Pereira M. (compiladores). Montes Bernardo S. (coordinadora). "Terapia ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional". [monográfico en internet]. *TOG (A Coruña)*; 2015 [citado fecha mes y año]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>
 21. Psicodrama: cuerpo, espacio y tiempo hacia la libertad creadora G. Severino Simonetti et ál. *Arterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol. 10/ 2015 (139-151); ISSN: 1886-6190.

• Recibido: 08/02/2021.

• Aceptado: 07/10/2021.

Estudio cualitativo de los aspectos del acompañamiento logoterapéutico que permiten el cambio personal. Estudio piloto.

Qualitative study of the aspects of logotherapeutic accompaniment that enable personal change. Pilot study.

Josep Lluís Llor Vilá.

Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Formación en Logoterapia y análisis existencial. ALEA Barcelona. Miembro de ACLAE (Associació Catalana de Logoteràpia i Anàlisi Existencial) de Barcelona.

Cristina Visiers Würth.

Licenciada en Humanidades, formación en Logoterapia y Análisis Existencial en el Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, Alemania y Austria. Directora de ALEA Formación en Logoterapia y Análisis existencial. Cofundadora y vicepresidenta de ACLAE, Barcelona.

Anna Berenguera Ossó.

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, Spain. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès).

Resumen: La logoterapia de Viktor E. Frankl ha sido ampliamente estudiada en España y otros países, aunque sobretodo de forma cuantitativa. Los estudios cualitativos pueden aportar un acercamiento a la experiencia concreta de personas que estás siendo acompañadas por un(a) logoterapeuta.

En este estudio analizamos cualitativamente el relato por escrito de dos intervenciones realizadas por dos logoterapeutas resaltando los elementos relacionados con la logoterapia que aparecen como factores que influyen el proceso individual pre, peri y post intervención. Es un estudio piloto con limitaciones, son necesarios más estudios cualitativos en este ámbito.

Palabras clave: Logoterapia, terapia centrada en el sentido, investigación cualitativa, análisis temático, perspectiva fenomenológica, foto elicitación, malestar emocional, éxito de la terapia.

Abstract: Viktor E. Frankl's logotherapy has been widely studied in Spain and other countries, although mainly in a quantitative way. Qualitative studies can provide an approach to the concrete experience of people who are being accompanied by a logotherapist.

In this study we qualitatively analyse the written account of two interventions carried out by two logotherapists, highlighting the elements related to logotherapy that appear as factors that influence the individual process pre, peri and post intervention. It is a pilot study with limitations; more qualitative studies are needed in this field.

Key words: logotherapy, meaning-centered therapy, qualitative research, thematic analysis phenomenological approach, photo-elicitation, emotional distress, therapy outcome.

Introducción

El objetivo de la Logoterapia y análisis existencial (1,2), fundada por Viktor Frankl (1905-1997), es ayudar a la persona a ponerse en disposición de encontrar su sentido vital concreto en cada circunstancia y descubrir los valores que conducen hacia él. Entonces, ponerse en disposición significa mantener una actitud frente a la propia existencia y responder a las cuestiones que la vida plantea, asumiendo decisiones, integrando los factores biopsicológicos con los del entorno sociocultural. Cabe decir, que la orientación al sentido que ofrece la logoterapia, y otras intervenciones, es esencial para evitar la frustración existencial. Este vacío existencial se puede asociar a diversos males, frecuentes hoy día, como las depresiones, la violencia, las adicciones, la indiferencia, la actitud provisional ante la vida, el fatalismo, el colectivismo y el fanatismo.

Existen varios conceptos relacionados con la logoterapia (3):

- Las dimensiones del ser humano. Son estas tres: la física o biológica, la psíquica-social y la noética. Esta última es la dimensión espiritual en sentido amplio, que no está delimitada solo por las creencias y la religión, sino que incluye los siguientes conceptos que se describen. Esta dimensión integra las demás y da unidad al ser humano, y por medio de ella, el hombre puede distanciarse de sus niveles físico y psicológico-social, y actuar sin estar determinado por ellos.
- La libertad. Es la capacidad de elegir nuestro proyecto de ser persona, frente a nuestros condicionantes, que son la biología, los instintos, las limitaciones y cualidades heredadas, las capacidades psicológicas de partida, la familia de referencia, el ambiente social, económico y cultural. Frente a ellos, nos podemos auto distanciar, y somos libres para ser de otra manera, según el sentido y nuestros valores, decidiendo nuestra respuesta. Los condicionantes restan al hombre libertad, más no la anulan. El ser humano siempre puede decidir su actuación y su actitud en negativo o positivo, desde su libertad y creatividad, a pesar de lo que se haya recibido. La libertad no es un estado fijo que se tiene, sino que aumenta o disminuye según el grado como se use.
- La responsabilidad. Es la capacidad de responder libremente a las preguntas que nos ofrece la vida en cada situación. Cada uno es responsable de la realización de su sentido y de sus valores, ante su conciencia, y si es creyente ante Dios.
- La auto trascendencia. Es la característica del ser humano de orientarse a una cosa o persona que está más allá de sí mismo. Esta capacidad nos lleva al sentido de la existencia humana que está fuera de uno mismo, es decir en la comunidad. Con la auto trascendencia se responde a estas preguntas: si no lo hago yo, ¿quién lo hará?, si no lo hago ahora, ¿cuándo lo haré?, si lo hago únicamente para mis mismo, ¿quién soy yo? Cada persona es insustituible para realizar su cometido, y lo que no realiza ahora, se pierde. Cada uno puede crear una comunidad más humana, en la que cada uno realiza, junto a los demás, su propia existencia.
- La conciencia. La conciencia es la facultad humana que descubre el sentido único que se esconde detrás de cada situación y que espera ser realizada por uno mismo. Por medio de la conciencia se mira la realidad, se deja preguntar por ella, se descubre lo que resuena en nuestro interior, es decir los sentimientos más internos, la intuición, los valores, y se responde con acciones. El proceso de conocer de la conciencia puede estar distorsionado, por una visión incorrecta de la realidad u otros motivos. Para evitarlo hay que afinar la propia conciencia para que funcione adecuadamente.
- Los valores. Son los medios para alcanzar una vida con sentido, para orientarse en la vida. Hay tres tipos de valores que se complementan:
 - Los valores de creación, la huella que dejamos en el mundo, lo que aportamos, por medio del trabajo o actividades no remuneradas, la vocación, la resolución de problemas y hacer en bien de los demás.
 - Los valores de vivencia o experiencia, que se corresponden con recibir, ya sea por ejemplo el arte, la belleza, la naturaleza, la amistad, el amor –en el concepto de ampliar la mirada al otro, hacia lo que puede llegar a ser– y el encuentro con los otros.



- Los valores de actitud adecuada ante las situaciones trágicas de la vida, que son, el sufrimiento inevitable, la culpa inexcusable pendiente de reparar y la muerte. Estos valores llevan a la persona a los logros humanos más elevados (aunque no prioritarios), como el desarrollar la capacidad de sufrir, la oportunidad para mejorar y la de actuar de forma responsable ante el carácter efímero de la vida.

- La voluntad de sentido. Es la tensión sana del hombre para hallar y realizar el sentido y que es expresión de la auto trascendencia. Constituye la motivación más profunda del ser humano, mucho más que la voluntad de placer o de poder. Cabe recordar que la felicidad y el placer aparecen solo en la vida cuando hay razones para ello, es decir cuando la vida se dirige hacia el sentido.
- El sentido en la vida. “La búsqueda por parte del ser humano del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una “racionalización secundaria” de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el ser humano que satisfaga su propia voluntad de sentido” (1). La vida tiene sentido en cualquier situación, por extrema que sea. Hay ejemplos de vidas con sentido en situaciones dramáticas, como campos de concentración (ej. la de Viktor Frankl), accidentes invalidantes, situaciones familiares terribles, etc.

La investigación cualitativa (4) es esencial en el estudio en general de las ciencias de la salud, y en concreto de la logoterapia y de otras terapias centradas en el sentido. La metodología cualitativa permite entender e interpretar las creencias, valores, actitudes, conductas y expectativas, las interacciones entre las personas, el impacto del sufrimiento y la enfermedad de las mismas, así como los factores sociales y culturales que influyen en la salud y enfermedad, y las experiencias de las personas con los servicios sanitarios. Además, la metodología cualitativa da voz a las personas en el proceso de decisiones, conocer sus prioridades, y estudia los fenómenos en el contexto de la vida, intentando encontrar el sentido a partir de los significados que las personas les conceden.

Para ello los investigadores deben adoptar una posición, no neutral y distante, sino lo más próximas a las personas que estudian. Mientras que la metodología cuantitativa busca conocer lo objetivo, lo extensivo y responder a cuántos, la cualitativa pretende conocer lo subjetivo, la profundidad y dar respuesta a qué, al cómo, al por qué y al para qué. La primera está orientada a la comprobación y a la deducción, la segunda se orienta a descubrir y a inducir. Como se observa ambas metodologías parten de paradigmas y procedimientos diferentes y son complementarias.

A pesar de los aspectos positivos de la investigación cualitativa, y de que hay cada vez más investigaciones que muestran la efectividad de la logoterapia (5), esta metodología no ha sido la principal en la evaluación de estas intervenciones. En general son estudios cuantitativos, que utilizan diferentes test, como el PIL (Purpose in Life Test) que valora el sentido vital y otros cuestionarios de medida de variables psicológicas (6,7,8,9,10,11). De los estudios que usan la evaluación cualitativa, los hay que la combinan con la metodología cuantitativa, siendo ésta, en la mayoría de casos, la principal medida (12,13,14). De los estudios con investigación cualitativa única, los hay que unos se centran en la población infantil con cáncer con sus cuidadores o a adultos con esta patología (15,16,17,18); otros trabajos analizan la intervención centrada en el sentido en grupos de pacientes (19,20). Algunos de estos estudios cualitativos realizan un análisis teórico del contenido temático usando categorías prefijadas antes de la investigación. Por último, hay estudios cualitativos de la evaluación logoterapéutica de un caso único que analizan con detalle la evolución de la persona durante la intervención (21,22).

Nuestro estudio aporta una línea de investigación cualitativa diferente, que es la de evaluar la intervención logoterapéutica individual a personas con malestar emocional y sin patología cancerosa; por otra parte, se realizó un análisis del contenido temático inductivo, no teórico, es decir sin usar categorías prefijadas previas (23).

El objetivo concreto de nuestro trabajo fue el de Identificar los aspectos del acompañamiento logoterapéutico que facilitaron el cambio personal en dos mujeres de diferente edad y procedencia.

Material y métodos

Diseño: Fue un estudio piloto debido a la falta de referencias anteriores en este tema. Se desarrolló la metodología cualitativa exploratorio, con la perspectiva fenomenológica-hermenéutica, en la que el conocimiento es resultado de la interpretación y está ligada al contexto histórico, social y cultural. La investigación trata de comprender el fenómeno en toda su multiplicidad mediante el lenguaje (portador de influencias culturales e históricas), del texto de los participantes e interpretarlo mediante la reflexión. En el estudio, se entiende la vivencia es en sí misma como un proceso interpretativo, en el que se revelan sus significados ocultos (4, 23).

Criterios de inclusión e exclusión:

- 1. Criterios de inclusión:** a) haber realizado logoterapia en los últimos seis años b) tener más de 16 años.
- 2. Criterios de exclusión:** a) trastorno mental severo; b) incapacidad de lectoescritura.

Muestreo y tamaño de muestra: El muestreo fue razonado, intencional y opinático. Se escogieron dos mujeres de diferente edad, de lugar de nacimiento, de lugar de residencia y de nivel educativo. La selección de estas dos personas fue debido a que tenían unas características demográficas diferentes y por hablar español. Otros terapeutas declinaron su participación y por esto la muestra para este estudio piloto se redujo a dos sujetos. La Sra. A tiene 71 años, nació y reside en Tarragona, y ha cursado la educación primaria. La Sra. B tiene 30 años, nació en Murcia siendo su familia emigrante de Marruecos, reside ahora en Vinarós (prov. Castellón) y tiene realizada la educación secundaria. Las dos mujeres presentaban, al iniciar la logoterapia, malestar emocional de varios años de duración en relación a eventos de la vida diaria.

Técnicas de generación de la información: La técnica utilizada fue la entrevista individual por vía e-mail, basada en preguntas abiertas semi-estructuradas, acordadas por los investigadores; algunas de las preguntas fueron adaptadas del cuestionario McGill Illness Narrative Interview (MINI) traducido al español (24). El guion de la entrevista (tabla 1) se envió junto a la hoja de

información y consentimiento informado. Las personas enviaron las respuestas por escrito en el plazo de 15 días. La última pregunta de la entrevista se basó en una de las técnicas de *photo elicitation*, en concreto la *auto-photoelicitation* (6); en ésta, los participantes escogieron tres fotografías que habían tomado con su cámara o móvil y que se relacionaban con su estado de entonces, a les añaden comentarios del porqué de su elección, lo cual enriqueció su narración.

Plan de análisis: Se realizó un análisis de contenido temático, de forma inductiva, teniendo en cuenta los siguientes pasos que realizó cada autor por separado y después conjuntamente: a) lectura de las dos entrevistas; b) intuiciones pre-analíticas; c) codificación, en la que se agruparon por analogía los códigos; d) categorización, con establecimiento de categorías; y e) creación del marco textual. Se realizó una triangulación de los analistas para el consenso de categorización, teniendo en cuenta los criterios de rigor y calidad de la investigación cualitativa (4,23).

Consideraciones éticas, que se informan a las participantes:

Todo el material obtenido se anonimizó para garantizar la confidencialidad y el anonimato. Se han seguido las normas de la confidencialidad de los datos personales conforme a lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999).

Resultados

La codificación y la categorización de las respuestas de cada participante, nos aportó en conjunto cinco tipos de categorías: Factores de sufrimiento, aspectos que favorecen el cambio, aspectos que sostienen el cambio, aspectos que no ayudan y manifestaciones del cambio. Hemos querido analizar todo el contenido temático de las personas participantes que se ha generado con el cuestionario usado. En este sentido, las respuestas de las dos mujeres ofrecen una información tan profunda y extensa que va más allá del objetivo inicial. Ello es debido a la amplitud de las preguntas del cuestionario, a su carácter abierto y a la metodología cualitativa, que favoreció que las participantes explicaran toda su experiencia de antes, durante y después de

la intervención logoterapéutica. Así, se pudo analizar los factores del sufrimiento, averiguar cuáles son las manifestaciones del cambio en las mujeres y qué aspectos lo sostienen después del tratamiento.

Factores de sufrimiento

Estos actúan antes de la intervención logoterapéutica y son generadores de sufrimiento. En la tabla 2 se presentan la mayoría de las frases de esta categoría con las citas correspondientes de cada participante.

Estos factores de sufrimiento tienen un carácter multidimensional, abarcando todos los ámbitos de la persona: a nivel físico, se mencionan enfermedades, como la demencias, o la muerte de un familiar; a nivel psíquico, se comentan los prejuicios culturales o el miedo a las burlas de los demás; en el ámbito social, haber recibido terapias ineficaces, no tener apoyo de los demás o factores familiares como la presión del cuñado o la dependencia de los padres; y a nivel noético, aparecen actitudes como lo saber afrontar el propio sufrimiento, no aceptar la enfermedad de los otros, no buscar ayuda terapéutica, no satisfacer la necesidad interna del cambio, y no saber qué hacer.

Respecto al sufrimiento, la logoterapia no solo tratar de cambiar lo que lo causa, sino que también supone un aprendizaje para aprender a sufrir, en el caso de sufrimiento inevitable. Se trata de desarrollar valores actitudinales que configuran el sufrimiento tal como señala G. Acevedo (26). Ante las situaciones que no pueden ser cambiadas, como la muerte o la demencia de un familiar, la familia de origen, etc. que mencionan las participantes, hay que aprender a posicionarse frente a ellas, como hemos relatado en la introducción.

Aspectos que favorecen el cambio

Son aquellos puntos mencionados que se relacionan directamente con la mejora personal. En esta categoría cabe diferenciar dos subcategorías: Los factores internos de las participantes y los factores de relación entre el/la terapeuta y paciente. Ver en la tabla 3, las citas de las pacientes.

Los factores internos se pueden agrupar en estos códigos: Sentir la necesidad del cambio, no-

tar una luz interior, ser fuerte siempre, mirar sin prejuicios o nueva visión, comprender, sentir la necesidad de compartir, llorar, narrar lo mejor posible, y las lecturas y ejercicios por escrito. Por otra parte, en relación con el terapeuta, los puntos detectados han sido: Revisar la vida con el/la terapeuta, ser escuchada, la confianza con el/la terapeuta, la bondad del mismo/a y la profesionalidad del / de la terapeuta.

Como se observa, la relación clínica entre terapeuta y paciente (25,27) es básica para generar el cambio personal. Los factores internos de la persona son también importantes, a tenor del gran número de frases de las participantes explicitadas en la tabla 3. También es cierto que hay una interrelación entre los factores internos y los de relación clínica. Por ej. hay expresiones del segundo grupo que tocan también factores internos (“Cuando empiezas a repasar tu vida con una buena terapeuta es inevitable moverte”, “Lo que más me ayudó era hablar y lo hice con el doctor”) y algunas frases carácter interno que también conectan con la relación con el terapeuta (“Hablar mucho y al intentar explicarlo lo mejor posible te vas dando cuenta... hay un cabo y vas tirando de este hilo y eso de ayuda a comprender los errores de percepción). En este sentido, el papel del buen profesional estaría, aparte de tener una buena comunicación con el paciente, el de estimular los factores internos que generan el cambio. Se trata de buscar los recursos internos de la persona para poderlos movilizar.

Aspectos que sostienen el cambio

Son factores que intervienen en general después del acompañamiento logoterapéutico. Las citas principales de las participantes están en la tabla 4.

Como se observa, sus narraciones son de índole variada, la mayoría en la dimensión noética, y que abarcan todos los valores de la persona. Unos aspectos conectan con los valores vivenciales, como la conexión con la naturaleza, el bucear, o el arte en sentido amplio, el leer libros, y las relaciones humanas (tener una red de amigos). También aparecen factores que se corresponden con los valores creativos, como trabajar o hacer pilates. Y finalmente, hay factores relacionados con los valores actitudinales, en el sen-

tido que indican un posicionamiento, una actitud frente a la vida y el sufrimiento, como “creer en valores”, la meditación, el budismo o la religión.

Es importante tener en cuenta estos aspectos que sostienen el cambio en cualquier intervención, pues mantienen y mejoran los resultados nuestra intervención. Los terapeutas hemos de reconocer no solo que las variables pre-existentes en los pacientes son los mejores predictores del resultado en psicoterapia (25,27) sino también que nuestra aportación es muy limitada en el tiempo y que durante o después de la intervención actuaran muchos más elementos en la vida de las personas, como los amigos, los libros, el trabajo, las actividades de ocio y las creencias. Permitir que aparezcan en la entrevista para que el paciente tome conciencia de ellos puede facilitar a la larga el cambio inducido por la intervención.

Aspectos que no ayudan

Se han detectado algunos puntos, todos antes del acompañamiento, que están reseñados en la tabla 5.

Sus temas principales han sido el no saber qué hacer, el depender de la opinión ajena y la Iglesia durante el franquismo, Estos aspectos pueden frenar el proceso de la persona.

Manifestaciones del cambio

Los beneficios del acompañamiento logoterapéutico comentados por las participantes se mencionan en la tabla 6.

Hemos clasificado los comentarios de las participantes entre varias categorías de la logoterapia:

Voluntad de sentido: La capacidad de análisis (“De hecho todo el tiempo que estuve en tratamiento me ayudó a crecer y a analizar muchos otros aspectos de mi vida”). La resignificación del pasado que lleva a una modificación de la actitud, y a encontrar un sentido.

Valores creativos: la capacidad de solución de problemas eludibles (“Después de aguantarme todo este tiempo, ahora tengo el valor de decirle todo lo que no pude decirle en su día... si volviera a mi casa no lo acogería más, y solo como visita de bienvenido, pero ni una noche más...”).

Valores vivenciales: (“... ahora me siento más femenina y me pudo cuidar un poco”)

Valores actitudinales: Por ejemplo, la modificación progresiva de la mirada (“Cambiar lo que estás viendo que no está bien y te produce sufrimiento. No es inmediato, tardas un tiempo, pero vas cambiando...”), el comprender más cosas (“He comprendido algunas cosas que no sabía”), el aceptarse (“Contenta de hacerme mayor y de ser como soy”), entrenamiento a pensar (“entrenamiento para pensar en mis cosas con más valentía y más aplomo”) y ver los propios errores (“Sé que cometo errores, pero muchas veces los veo y puedo reaccionar”); y estar agradecido (“Siento una gratitud enorme por mi terapeuta”); la satisfacción por conseguir el objetivo; el crecimiento personal (“He madurado. He crecido de ser una niña en una mujer derecha”).

Cabe mencionar que estas manifestaciones están conectadas entre ellas. Para nosotros hay una relación estrecha entre el cambio de mirada o de comprensión con el crecimiento personal la satisfacción en la vida y la solución de los problemas eludibles.

Por último, hemos averiguado si ha sido útil la foto elicitación usada –en concreto la auto fotografía– en la generación de información importante para los objetivos del estudio. Hemos seleccionado las seis frases principales que generaron al comentar las fotos. De éstas dos están el grupo de factores internos (“He tenido la fuerza de una montaña porque a pesar de todo no he cambiado... Siempre he sido yo misma”; “Mirarlo con los ojos limpios, sin prejuicios, sin cultura, solo con mi propio sentimiento... he llegado a entender...”).

Dos citas son aspectos que sostienen el cambio (“Es una delicia perder el mundo de vista, y nada a veces durante más de dos horas, haciendo fotos del fondo marino. Me limpia todo”; “Escribir frases que me gustan mucho, que me hace pensar”), que corresponden a valores creativos y vivenciales. Y dos citas son manifestaciones del cambio (“Ha valido la pena luchar todos estos años para conseguir una familia”; “ahora me siento más femenina y me pudo cuidar un poco”), que corresponden a valores actitudinales.



Todas ellas han sido importantes para nuestro análisis, pues lo han completado, en especial para investigar los factores intrínsecos y los que sostienen el cambio.

Discusión

Los resultados de este estudio están limitados por haber incluido una muestra pequeña de participantes. En los estudios cualitativos no hace falta una muestra prefijada y aleatoria y grande como ocurre con la investigación cuantitativa, sino que son necesarios algunos casos, los suficientes hasta completar el conocimiento del tema en cuestión, y en general más de dos personas. Como hemos descrito éste es un estudio piloto, por no haber encontrado otros estudios con el mismo objetivo y metodología. Queremos realizar, a corto plazo, otro estudio similar con más personas, de diferentes características de las dos mujeres reportadas aquí y de otros logoterapeutas.

No consideramos que el hecho de que los terapeutas hayamos sido también los encuestadores sea un sesgo en este estudio cualitativo por tres razones: La encuesta ha sido auto administrada sin presencia física del profesional; hemos elaborado un cuestionario adaptado a las características de las pacientes, lo cual nos ha permitido obtener el máximo de información de ellas; y los dos terapeutas hemos procedido a una triangulación en las técnicas usadas y durante todo el análisis de las respuestas, con un profesional externo y experto en esta investigación, para consensuar el proceso interpretativo. Teniendo en cuenta la primera limitación, los aspectos del acompañamiento logoterapéutico que facilitan el cambio personal, son de dos tipos: Unos de naturaleza interna a las participantes y otros referidos a la relación con sus terapeutas, siendo el primer grupo los más numerosos.

Se han realizado muchos estudios para averiguar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas. Repetidamente la evidencia señala que la relación clínica explica más la mejoría del paciente que la técnica terapéutica usada (27). En esta línea, las habilidades de comunicación, como iniciar una relación terapéutica basada en la confianza, la escucha del paciente, la empatía, la información y motivación del paciente, dejar

que éste opine, forman parte de la competencia profesional (28). Cabe decir que la mayoría de estos aspectos comunicacionales aparecen en la narrativa de las dos mujeres. Por otra parte, nuestro estudio aporta la existencia de factores intrínsecos personales, como el ser fuerte, el cambio de perspectiva, el sentir la necesidad del cambio, el narrar y expresar lo mejor posible. En este campo observamos que hay mayor número de citas de las participantes que en el comunicacional, lo que trasluce su importancia. El papel del logoterapeuta no sería solo el de mantener una buena comunicación con el paciente, sino también activar los recursos internos que facilitan el cambio. Esta importancia de los factores intrínsecos personales fue una de las conclusiones de la pormenorizada revisión de muchos estudios que realizó Lambert en 1992 (29). En ella, del total de mejora de las personas que habían seguido una psicoterapia, el 55% eran por factores personales (la suma del 40% por factores extra terapéuticos como la fortaleza de la persona y otros, y el 15 % por el efecto placebo), el 30% era por factores comunes asociados a la relación clínica, y el 15 % por la técnica terapéutica usada. Nuestro estudio también apunta a una mayor relevancia de los factores internos de la persona.

En cuanto a los aspectos que sostienen el cambio, también se debería tener en cuenta para que el éxito de su intervención se mantenga y se acreciente en el tiempo. En nuestro estudio, estos factores que se expresan a través de la dimensión noética, en donde ubicamos los valores de creación, de vivencia, de actitud, tal como han señalado las participantes en sus comentarios.

Los aspectos que no ayudan es importante tenerlos en cuenta para evitar que frenen la intervención terapéutica. Es básico que el terapeuta ayude a que el paciente sea consciente de los factores que no permiten su mejora personal y que trate de disminuirlos o eliminarlos.

Otro punto a señalar son las manifestaciones del cambio. Nosotros las hemos agrupado en algunos conceptos de la logoterapia. De estos grupos, la mayoría de las expresiones de las pacientes se relacionan con los valores de actitud. Según V. Frankl, éstos son los valores superiores de la persona, que permiten afrontar las situaciones difíciles que no se pueden modificar (1).

En cuanto a los factores que se asocian al sufrimiento, cabe apuntar el carácter multidimensional de los mismos, ya que las respuestas de las mujeres se relacionan con todas las dimensiones del ser humano: biopsicosocial y noético. Este carácter multidimensional de la génesis del sufrimiento se emparenta con la naturaleza multidimensional del mismo que han reseñado varios autores como Le Breton y Torralba (30).

En último lugar, se hemos confirmado en nuestro estudio la utilidad de la foto elicitación, y

en concreto la auto fotografía, para completar la información de los factores internos y de los que sostienen el cambio. Esto coincide con las referencias al respecto (6), en las que se afirma que la *photo-elicitation* aporta diferente tipo de información sobre sentimientos, recuerdos y representaciones, pues la información por medio de imágenes procede de las partes más antiguas del cerebro y más profundas de la conciencia.

Contacto

Josep Lluís Llor Vilá ✉ jlllor55@gmail.com ☎ 653 170 889
Associació Catalana de Logoteràpia i Anàlisi Existencial
Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears
Major de Can Caralleu 1-7 • 08017 Barcelona

Referencias bibliográficas

1. Frankl V. Conceptos básicos de logoterapia. En: Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 1979 p.117-153.
2. Lukas E. La imagen logoterapéutica del hombre. En: Lukas E. Logoterapia. Barcelona: Paidós; 2003 p. 19-78.
3. Noblejas MA. Palabras para una vida con sentido, 2ª ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2000.
4. Berenguera A, Fernandez de Sanmamed MJ, Pons M, et ál. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014.
5. Thir M, & Batthyány A. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. En: Batthyány A. Logotherapy and Existential Analysis. Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Vol 1. Viena: Springer; 2016.
6. Glaw XM. Meaning in life and meaning of life. Visual qualitative research in midlife academic staff with or without depression. Nova Newcastle.edu.au. En: Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M. & Inder, K. Meaning in life and meaning of life in mental health care. An integrative literature review. Issues in *MentalHealth Nursing* 2017; Vol 37, no 7, p.1-13. Accesible en: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840.2016.1253804>
7. Erdner A, Andersson L, Magnusson A. Varying views of life among people with long-term mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009 Feb;16(1):54-60.
8. Cotton K. Measuring Purposes. En: Batthyány, A. Logotherapy and Existential Analysis. Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna, Vol 1. Viena: Springer; 2016.
9. O'Connor K, & Chamberlain K. Dimensions of life meaning: a qualitative investigation at mid-life. *British Journal of Psychology* 1996; 87 (3): 461-477.
10. Heriot CS. A descriptive analysis of experiences of personal meaning of life among older adults. University of Utah; 1991. Accesible en: <https://www.ebscohost.com>
11. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H. Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015 Mar 1; 33(7): 749-754. Accesible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2014.57.2198>
12. Postigo S, Farriol V, Quiles S. Efectos del acompañamiento logoterapéutico en el proceso de duelo: diseño mixto-longitudinal. *CM de Psicobioquímica* 2019; 6: 81 -98. Accesible en: <http://www.psicobioquimica.org/duelo.8.html>

13. Scott T, Wright MS, Pei C, Grant PhD, Rachel M, Depner MS., et ál. Meaning-centered dream work with hospice patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care* 2015; 13: 1193–1211.
14. Thompson GR. Meaning Therapy for Adiccions: A Case Study. *Journal of Humanistic Psychology* 2015; 1-27. Accesible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022167815585913>
15. Megan R, Ansley E, Alexandra C, Katiannie M, Lisa H, Randal O, et ál. A quest for meaning: A qualitative exploration among children with advanced cancer and their parents. *Psycho-Oncology* 2020. Accesible en: <https://doi.org/10.1002/pon.5601>
16. Lethborg C, Kissane D, Schofield P. Meaning and Purpose (MaP) therapy I: Therapeutic processes and themes in advanced cancer. *Palliative and Supportive Care* 2019; 17: 13-20. Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22436684/>
17. Gil F, Fraguell C, Benito L, Casellas-Grau A, Limonero JT. Meaning centered psychotherapy integrated with elements of compassion: A pilot study to assess feasibility and utility. *Palliative and Supportive Care* 2018 Dec; 16 (6): 643-647. Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30269698/>
18. Leng, J, Lui F, Chen A, Huang X, Breibart W, Gany F. Adapting Meaning-Centered Psychotherapy in Advanced Cancer for the Chinese Immigrant Population. *J Immigrant Minority Health* 2018 Jun; 20 (3): 680–686. Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28455760/>
19. Hamilton E. Meaning-centeredness in adult cancer patients in remission. Dissertation Submitted for the fulfilment of the requirements for the degree Master of Social Work MSW. University of Pretoria; 2014. Accesible en: <http://hdl.handle.net/2263/40929>
20. Montañó K, Knudson P, Giraldo R. Análisis del discurso de los diarios de viaje obtenidos en los círculos de dialogo existencial por el Instituto colombiano de logoterapia Viktor Frankl. Madrid: Nous nº4; 2006.
21. Perez D. La relación terapéutica como movilizador de autodistanciamiento y aceptación personal: estudio de caso. Maestría en psicología clínica con profundización en Logoterapia y Análisis Existencial. Barranquilla, 2017. Accesible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7855/6.pdf?sequence=1&isAllowed=1>
22. Solano MA. Impacto de la relación terapéutica basada en la logoterapia en una adolescente con tendencias narcisistas y con dificultades en sus áreas de funcionamiento. Fundación Universidad del Norte. Programa de Psicología; 2017. Accesible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8297/133829.pdf?sequence=1&isAllowed=1>
23. Percy WH, Kostere K, Kostere S. Generic Qualitative Research in Psychology. *The Qualitative Report*, 20(2): 70-85. Accesible en: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss2/7>
24. Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry* 2006 Dec; 43(4):671-91. Accesible en: https://www.academia.edu/17316262/The_McGill_Illness_Narrative_Interview_MINI_an_interview_schedule_to_elicit_meanings_and_modes_of_reasoning_related_to_illness_experience
25. Santibáñez PM, Román MF, Lucero C, Espinoza AE, Irribarra DE, Müller PA. Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica* 2008; 26(1): 89-98. Accesible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-48082008000100008
26. Acevedo G. El modo humano de enfermar. Desde la perspectiva de la logoterapia de V. Frankl. 6ª ed. Buenos Aires: Centro de Viktor Frankl; 1985.
27. Lambert MJ, Barley DE. Research summary of the therapeutic relationship and therapeutic outcome. *Psychotherapy* 2001; 38: 357-361. Accesible en: https://www.researchgate.net/profile/Lambert-Michael/publication/232477357_Research_Summary_of_the_Therapeutic_Relationship_and_Psychotherapy_Outcome/links/02e7e52c18feecd3e000000/Research-Summary-of-the-Therapeutic-Relationship-and-Psychotherapy-Outcome.pdf
28. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC; 2004.
29. Lambert MJ. Implications of outcome research for psychotherapy. *Psychotherapy outcome research* 1992: 94-130.
30. Alora MC. Sufrimiento y práctica clínica. Revisión de la literatura. Memoria fin master. Universitat Illes Balears; 2013. Accesible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/memoriesUIB/index/assoc/Alorda_T.dir/Alorda_Terrasa_MdelCarme.pdf

Tabla 1. Guion de la entrevista

Envíe las respuestas por escrito al coordinador del estudio. No hace falta que repita los enunciados de las preguntas, solo escriba su número junto a sus respuestas. Intente ser prolífico en ellas, para que podamos conocer con detalle sus sentimientos, pensamientos y experiencias en torno al tema de la pregunta.

Edad: Sexo: Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia: Estudios cursados:

1. Nos puede explicar su motivo de consulta: ¿cuándo empezó, que pasó, en qué afectó su vida hasta la visita con el profesional?
2. ¿Por qué fue a visitarse con el profesional?
3. ¿Hay aspectos de su motivo de consulta que cambiaron a lo largo de las visitas?
4. ¿Ha cambiado la visión de su motivo de consulta, desde que empezó el tratamiento?
5. ¿Qué aspectos del tratamiento le han ayudado a mejorar?
6. ¿Qué aspectos del tratamiento no le ayudaron?
7. ¿Si ha seguido otros tratamientos, cuáles han sido? ¿En qué aspectos le han ayudado?
8. ¿Qué apoyos (familiares, sociales, espirituales, corporales...) le han ayudado en este periodo?
9. ¿Le gustaría añadir alguna otra cosa más?
10. Envíenos tres imágenes (objetos, naturaleza, símbolos...), que muestren cómo se siente después del tratamiento. Explíquenos a pie de foto por qué la ha escogido.

Tabla 2. Factores de sufrimiento

“En el año 2007 perdimos a nuestro hijo menor, de 20 años en un accidente” (Sra. A)

“Mi marido ya tenía Alzheimer, aunque él no lo reconocía y hacía una vida normal, pero en casa hablábamos a menudo con mis hijos del tema” (Sra. A)

“Lo que pasa con mi cuñado, durante 8 años viviendo gratis en mi casa, que lo único que hacía era controlarnos y dar muchos problemas entre mi marido y yo” (Sra. B)

“En mi cultura la familia siempre está encima de una pareja recién casada... nos exigen cosas que no podemos aceptar” (Sra. B)

“Él es una persona muy conocida en Barcelona y tomé un papel protector con este tema”...

“No podía decirse a nadie porque pensaba que se burlarían de él” (Sra. A)

“Había muchos otros temas debajo de ese que hacían que yo me equivocara en la forma de afrontar esos dolores tan grandes” (Sra. A)

“Desde luego el principio de mi consulta fue esa época tan tremenda, pasando un duelo por un hijo y teniendo a un enfermo así a mi lado” (Sra. A)

“Nunca acepté que lo que tenía mi hijo era autismo... porque desconocía este mundo” (Sra. B)

“Yo nunca quería ir al psicólogo, porque lo mío era ser muy fuerte... ser valiente, aunque insisto lo he pasado súper mal/ decidí salir yo sola” (Sra. B)

“Total, que no estaba bien y de alguna manera en el fondo de mi corazón sabía que tenía que cambiar algo en mi vida” ... “No acaba de ver que tenía que hacer” (Sra. A)

“Al principio ningún tratamiento me ayudó ... Sinceramente no cambió nada a lo largo de las visitas con el psicólogo, solo me recetaba” (Sra. B)

“Nunca tenía apoyos familiares ... No tenía a nadie en quien confiar ... en esos momentos pensé que era mejor no contarle mucho a la amiga porque tenía lo suyo y no quería agobiarla más” (Sra. B)



Tabla 3. Aspectos que favorecen el cambio

<p>Aspectos internos</p>	<p>“En el fondo de mi corazón sabía que tenía que cambiar algo de mi vida” ... “Algo se me iluminó dentro de mí... Aprendía a explicar lo que me pasaba” (Sra. A)</p> <p>“He tenido la fuerza de una montaña porque a pesar de todo no he cambiado... Siempre he sido yo misma” (Sra. B)</p> <p>“Mirarlo con los ojos limpios, sin prejuicios, sin cultura, solo con mi propio sentimiento... he llegado a entender...” (Sra. A)</p> <p>“Me di cuenta qué y cuales cosas eran más importante en mi vida y cuál era la principal para mí” (Sra. B)</p> <p>“No tengo que dar importancia al nombre de su enfermedad, sino darle todo el apoyo que necesita” (Sra. B)</p> <p>“No tenía que dar más importancia la no aceptación de mi matrimonio en las 2 familias, la de mi marido y la mía” (Sra. B)</p> <p>“Comprender los errores de percepción, te ayuda a mejorar” (Sra. A)</p> <p>“Hablar mucho y al intentar explicarlo lo mejor posible te vas dando cuenta... hay un cabo y vas tirando de este hilo y eso de ayuda a comprender los errores de percepción” (Sra. A)</p> <p>“Leí su libro, hice muchos ejercicios del libro y hay un test... y ahí me di cuenta qué y cuales cosas eran más importantes en mi vida y cuál era la principal para mí... Esos libros me ayudaron a forzar mis pensamientos” (Sra. B)</p> <p>“Me di cuenta de que no podía seguir llevando encima un problema tan grande sin compartirlo con los amigos... cuando empecé a confiar en mis amigos” (Sra. A)</p> <p>“En momentos fuertes... me bastaba en llorar y sacar ese nudo que se da en la garganta y no te deja hablar” (Sra. B)</p>
<p>Relación con el terapeuta</p>	<p>“Cuando empiezas a repasar tu vida con una buena terapeuta es inevitable moverte” (Sra. A)</p> <p>“Lo que más me ayudó era hablar y lo hice con el doctor” (Sra. B)</p> <p>“Necesitaba que alguien me escuchara, que me ayude a pensar y como seguir... sentir que era la única persona que me escuchaba” (Sra. B)</p> <p>“A medida que abres el corazón y confías con el terapeuta vas revisando muchas otras cosas de tu vida... Lo primero una confianza total con el terapeuta” (Sra. A)</p> <p>“Me ha abierto una puerta grande que podía confiar... Al sentir que no se lo contaría a nadie” (Sra. A)</p> <p>“Una persona muy buena, muy profesional con mucha paciencia... Tenía compasión... Me ha ayudado muchísimo... La delicadeza con que me ayudó a desenredar algunos aspectos” (Sra. A)</p> <p>“Él me ofrece su ayuda y yo sin pensarlo mucho, acepté” (Sra. B)</p>

Tabla 4. Aspectos que sostienen el cambio

“Tengo una red de amigos entrañable” (Sra. A)

“He leído muchos libros sobre psicología... he leído mucho... muy interesada por estos temas... las bibliotecarias que me veían con esta avidez me ofrecieron muchos libros que a mí me hubiera sido difícil de escoger” (Sra. A)

“Lo que he seguido después del tratamiento era leer libros. Empecé por una novela, hasta que un día me llamó la atención un libro *Poder confiar en ti*: lo compré, me gustó mucho y he podido contactar con el escritor por Facebook” (Sra. B)

“Mi querida amiga me regaló el libro de Marian Rojas” (Sra. B)

“Escribir frases que me gustan mucho, que me hace pensar” (Sra. A)

“Creo en la bondad de las personas y de la ética” (Sra. A)

“La única ayuda para mí era rezar y estar cerca de dios... En mi religión las oraciones son 5 veces al día... Sentirme en manos de dios es muy bonito, sentirme cerca de dios es lo que más ayuda” (Sra. B)

“El budismo me ha enseñado el concepto de la compasión... me encanta el concepto tan limpio y tan eficaz de la compasión” (Sra. A)

“He tenido la suerte de meditar con varios maestros” (Sra. A)

“Me he dedicado a hacer Pilates con un entrenador personal que me ha ayudado a tener un cuerpo muy fuerte” (Sra. A)

“Es una delicia perder el mundo de vista, y nadar a veces durante más de dos horas, haciendo fotos del fondo marino. Me limpia todo” (Sra. A)

“Trabajar muchas horas me ha ayudado a seguir fuerte” (Sra. B)

“Tengo una edad y se ven las cosas con distancia y comprensión” (Sra. A)

Tabla 5. Aspectos que no ayudan

“No acababa de ver lo que tenía que hacer” (Sra. A)

“No podía decírselo a nadie porque pensaba que se burlarían de él” (Sra. A)

“No podía perdonar a la iglesia que ayudó a Franco que iba bajo palio... No vi nada de Sta. Teresa ni de S. Juan de la Cruz, en la Iglesia que tuvimos durante el franquismo” (Sra. A)



Tabla 6. Manifestaciones del cambio

“Cambiar lo que estás viendo que no está bien y te produce sufrimiento. No es inmediato, tardas un tiempo, pero vas cambiando... He comprendido algunas cosas que no sabía... entrenamiento para pensar en mis cosas con más valentía y más aplomo” (Sra. A)

“Ha cambiado mucho mi visión del motivo ... No tengo que dar importancia al nombre de su enfermedad, sino darle todo el apoyo que necesita ... no tenía que dar más importancia la no aceptación de mi matrimonio en las 2 familias, la de mi marido y la mía” (Sra. B)

“De hecho todo el tiempo que estuve en tratamiento me ayudó a crecer y a analizar muchos otros aspectos de mi vida” (Sra. A)

“He madurado. He crecido de ser una niña en una mujer derecha” (Sra. B)

“Contenta de hacerme mayor y de ser como soy ... Sé que cometo errores, pero muchas veces los veo y puedo reaccionar” (Sra. A)

“Después de aguantarme todo este tiempo, ahora tengo el valor de decirle todo lo que no pude decirle en su día ... si volviera a mi casa no lo acogería más, y solo como visita de bienvenido, pero ni una noche más... Después de aguantarme lo todo ese tiempo ahora tengo el valor de decirle todo lo que no pude decirle en su día” (Sra. B)

“Siento una gratitud enorme por mi terapeuta” (Sra. A)

“Mi época de tratamiento se acabó y ahora he comprendido algunas cosas que no sabía” (Sra. A)

“Ha valido la pena luchar todos estos años para conseguir una familia ... ahora me siento más femenina y me pudo cuidar un poco” (Sra. B)

- Recibido: 24/09/2021.
- Aceptado: 10/12/2021.

Desatando y reanudando lazos.

Tying off and tying links again.

Javier Alejandro Kuhalainen Munar.

Psiquiatra adjunto en el Hospital Comarcal de Inca (Mallorca). Responsable del programa de familias del Área de Salud Mental Tramuntana.

Resumen: El presente artículo pretende dar testimonio de la evolución de dos grupos psicoterapéuticos y un grupo psicoeducativo que ofrecen atención clínica a familiares de personas que sufren de un trastorno mental severo durante marzo 2020 (momento en que se declaró el estado de alarma en España) hasta la actualidad. Se proporciona información de carácter organizativo y también, y no menos importante, aspectos emocionales y cualitativos acerca de cómo pasamos por los peores momentos de la pandemia.

Palabras clave: psicoterapia, grupo, pandemia, familia, COVID.

Abstract: The present article aims to testify the evolution of two psychotherapeutic groups and another psychoeducative group that offer clinical attention to relatives of people that suffer from a severe mental illness during march 2020 (the moment when the state of emergency started in Spain) until now. Some organizational data is offered and also, and not less important, emotional and qualitative data about how we lived through the worst moments of the pandemic.

Key words: group, psychotherapy, pandemia, family, COVID.

Hoy vengo a dar cuenta de lo sucedido en los espacios de intervención grupal dirigido a familiares de personas afectas de Trastorno Mental Grave, actividad organizada desde hace ya varios años en el Servicio de Psiquiatría del Área de Salud Mental de Tramuntana, de acuerdo con la última propuesta de Programa de Familias vigente desde finales de 2017.

La pandemia COVID supuso, con la declaración del estado de alarma, una ruptura abrupta del contacto entre los participantes y conductores de las actividades psicoeducativas y terapéuticas. Desapareció temporalmente cualquier tipo de comunicación salvo un grupo de WhatsApp en el que los participantes de uno de los grupos psicoterapéuticos previamente había configurado. El coor-

dinador del programa tuvo que reconfigurar toda su actividad asistencial y organizativa, pasando a “modo telefónico” durante varias semanas.

Pasado un primer estado de “shock” del propio coordinador, se inició una ronda de contactos telefónicos individuales, con la finalidad de “saber si todo va bien”. En estos momentos me viene a la imagen de un naufragio después de una tormenta en una noche oscura. Cada superviviente, agarrado a un madero o flotador, busca a través de la voz la presencia de más tripulación en los alrededores de un mar y un cielo negros.

Fueron necesarios cuatro meses de flotar merced de las corrientes para que se pudieran reconfigurar nuevas formas de agrupación y contacto, con

la premisa irrenunciable de que el programa de familias tenía que ser presencial, dada la naturaleza vincular del foco de intervención y el nivel de simbolización precario de los pacientes, que obliga a “hacer presente, de carne y hueso” el contacto, como posibilidad de sostener espacios de distancia y seguridad necesarios para un trabajo de elaboración posterior.

El staff del programa de familias también sufrió un duro golpe. Siendo tres los componentes responsables del programa (un psiquiatra, una trabajadora social y un terapeuta ocupacional) dos de los componentes quedaron fuera de la posibilidad de participar activamente como conductores en los grupos durante varios meses, en parte por las obligaciones propias de sus tareas en otros compromisos como por el hecho de que había que priorizar, en un momento en que los grupos permitidos eran muy pequeños, la presencia de los familiares por encima de los conductores. Entre nosotros nos mantuvimos en contacto improvisado, sin calendario, con tiempos para vernos escasos y finalmente a través de un grupo de WhatsApp. Durante muchos meses tanto nuestros encuentros presenciales como virtuales fueron dedicados al desahogo de lo que representaba la frustración de ver el estancamiento y la degradación de formas de atender y ofrecer un servicio a nuestros usuarios y la incertidumbre en que nos veíamos obligados a proceder. No fue hasta enero de 2021 que pudimos elaborar una propuesta de calendario de actividad cuatrimestral en la que definimos el tiempo de dedicación de cada uno y los horarios de actividad. Sin embargo, una de las tantas olas hizo que no se materializara la actividad hasta abril de 2021.

Los primeros encuentros requirieron de un ejercicio de improvisación y restauración, en primer lugar, de espacios seguros. La pandemia ha puesto en evidencia la escasez de espacios amplios y polivalentes que permitan la realización de reuniones en contextos sanitarios. Los grupos de familiares nos fuimos reuniendo en “petit comité” de 5 o 6 participantes (aforo máximo permitido inicialmente) en salas del hospital de día e incluso en las gradas del salón de actos del hospital. En concreto el grupo inicial, que antes de la pandemia reunía a unos 10-11 participantes, después del parón de marzo 2020 hasta julio 2020 ha rescatado a 6-7 participantes. Por otro

lado, el grupo avanzado, que antes de la pandemia acogía entre 12 y 15 participantes tuvo que reconfigurarse en tres subgrupos y luego se ha reconfigurado en dos subgrupos teniendo una asistencia de unas 10 personas. En relación al número de sesiones, de 19 sesiones en 2019 se pasó a 9 sesiones en 2020, y actualmente vamos por la sesión 11 en octubre de 2021.

El Proenfa (programa psicoeducativo dirigido a familiares de personas afectas de T.M.G.) en su novena edición “estalló en mil pedazos” el cinco de marzo de 2020 al término de la quinta sesión (de un total de 15). No se pudo rescatar a ningún miembro y la siguiente edición de proenfa no pudo ver la luz hasta enero de 2021. Sin embargo, la décima edición quedó abortada desde un inicio, por restricciones relativas al aforo y necesidades de espacios compartidos por otros programas asistenciales o de desahogo.

Proenfa 11 pudo ver la luz, en un formato más simple y corto, de ocho sesiones en vez de quince, de mayo a agosto de 2021 terminando sin incidencias y habiendo acogido a cinco participantes (cuando en ediciones “preCOVID” acogía a una media de 12 participantes), y Proenfa 12 se inicia el 15 de septiembre de 2021, en un formato similar a la edición previa, con 9 sesiones.

Para llegar a esta “nueva normalidad”, en la que se han salvado, al menos, las actividades propias del área (ya que el grupo multifamiliar multicéntrico que tenía lugar en Hospital Son Llàtzer aún no ha podido reanudarse) ha sido providencial la colaboración con la Fundación Es Garrover. El pacto al que se llegó el 2 de octubre de 2020 finales de 2020 se ha concretado en dos puntos:

1. cesión de uno de los locales de la Fundación, los miércoles de 8.30 a 15.00h que permite organizar toda la actividad asistencial del programa de familias en dicho lugar.
2. fomento y colaboración entre dispositivos en materia de familias desde un espacio de trabajo común, la Comisión de Familias de área, que reúne a referentes en atención a familias del HDD, UCR, Fundación Es Garrover, y el propio Programa de Familias.

Fruto de esta nueva alianza, han tenido lugar ya varios acontecimientos.

Primero, se ha colaborado desde el programa en los espacios divulgativos y psicoeducativos de la Fundación Garrover. He colaborado como ponente en dos ocasiones, para hablar de las enfermedades mentales y de los psicofármacos.

Segundo, se ha ido produciendo una derivación de nuevas familias entre los diferentes dispositivos que forman parte de la Comisión, buscando crear una red y programa conjunto que abarque y acompañe a las familias en parte de los recorridos que realizan los pacientes a lo largo de su enfermedad.

En esta nueva etapa el programa se ha simplificado en cuanto logística y priorización de actividades que ya están en funcionamiento y ajuste de horarios y actividades del staff. De todos los jueves del mes pasamos a 3 miércoles al mes. El Proenfa de momento no cuenta con ponentes externos al equipo de familias. Se ha consolidado la participación del terapeuta ocupacional en uno de los grupos psicoterapéuticos y es el enlace del programa con el equipo ESAC, que también ha derivado familiares a los grupos proenfa. La trabajadora social sigue participando en uno de los grupos terapéuticos y se encarga de las sesiones de aspectos sociales y legales del programa Proenfa. Sin embargo, la deslocalización inicial del programa y la necesidad de improvisar sesión a sesión ha hecho que se perdiera la figura del administrativo, que no se ha recuperado en la actualidad.

A nivel docente y formativo hoy materializamos una nueva “rendición de cuentas” aportando datos relativos a la evolución del programa y la intención de sensibilizar al auditorio acerca de la importancia del vínculo en los procesos terapéuticos, en contra del “derivacionismo” de los usuarios a los distintos programas y dispositivos que conforman la guía de recursos del servicio de psiquiatría de nuestra área. Además de esta nueva declaración de intenciones, el programa de familias sigue proponiendo a los residentes en formación su participación en calidad de observadores en los distintos espacios grupales, del que algún residente ya ha podido beneficiarse.

Reanudando Lazos

Más allá de lo numérico y lo organizativo, quiero también destacar el componente vincular

como elemento cohesionador y reparador de los grupos. Los primeros encuentros entre los participantes fueron especialmente emotivos. Las mascarillas y la distancia no impidieron que se manifestasen muestras sinceras de afecto, de preocupación mutua acerca del estado de salud de cada uno, y que rápidamente nos pusiéramos en faena. Debo reconocer que la horizontalidad que se busca en estos espacios la viví con sorpresa y agradecimiento: a día de hoy no podría saber quién fue más terapéutico, si mi función como terapeuta hacia los participantes o los propios participantes en su reconocimiento y acogida hacia mi persona, también dañada por un proceso de duelo y el aislamiento al que, como todo el mundo, también me vi sometido. Siendo el vínculo intersubjetivo y bidireccional, organizado en una matriz grupal de años de historia, los lazos que nos unen se restablecieron de forma orgánica y simple, permitiéndonos empezar a trabajar, en un primer momento, acerca de las vicisitudes y contratiempos en la vida de cada uno que ha supuesto la pandemia.

Pasada la emoción de los primeros encuentros, las temáticas emergentes que recorren los grupos terapéuticos han pasado de “pensar acerca del ausente (el enfermo, no convocado al grupo)” a trabajar aspectos íntimos de cada uno. La fragilidad, la posibilidad de enfermar y la propia muerte han sido temas recurrentes en los grupos. Lo repentino de la pandemia y la facilidad con la que la vida de cada uno puede cambiar de la noche al día ha sido el recordatorio más efectivo para situar a cada uno desde un lugar menos exigido, menos omnipotente, despejando fantasías de eternidad y promoviendo pasar a la acción y a la toma de decisiones más centradas en el momento actual de cada uno, fijando como coordenadas a la hora de tomar estas decisiones las necesidades propias y la finitud de cada uno en la vida (la propia y la de los demás). Vinculado a este momento más centrado en uno mismo debo destacar asimismo que se ha empezado a hablar de una parte más sombría que también forma parte del vínculo: me refiero a los sentimientos de rechazo y aversión hacia el otro. Las energías que mantienen las dinámicas vinculares se polarizan en dos extremos, el amor y el odio. Los deseos y fantasías de que el otro desaparezca son constitutivos de la dinámica conflictual en la que nos desarrollamos desde el principio.

Freud lo formulaba como pulsión de muerte, y en el Edipo, el odio y la envidia hacia una de las dos figuras parentales. Resulta liberador poder verbalizar esta parcela de la vida íntima y afectiva de uno, y más cuando en la convivencia se han producido escenas de violencia física o verbal, en que las pulsiones se desatan, y emergen de forma virulenta hacia las personas y los objetos.

En la actualidad los miembros del grupo están en disposición de acoger nuevos participantes, así como recordar antiguos compañeros que se perdieron en el naufragio. Tras varios meses de confirmar la seguridad y continuidad de los grupos hay deseos de reagrupación (uno de los grupos aún sigue dividido en dos subgrupos) y de ampliación. Se va cumpliendo la función socializadora de estos espacios y el potencial comunitario y de participación vuelve a ponerse en marcha tras una fase de inhibición y repliegue en búsqueda de seguridad. Hemos celebrado avances en algunas familias en la consecución de deseos de mayor libertad y posibilidad de desarrollo personal más allá de los roles de enfermo o cuidador. También nos hemos preocupado y hemos dedicado tiempo en poner palabras al miedo a la muerte y la enfermedad, propia y ajena.

A nivel particular, quiero compartir con vosotros que poniendo el foco en el vínculo que nos une los unos a los otros descubrimos la verdadera esencia del trabajo terapéutico, que es básicamente fomentar las capacidades propias de cada uno de reparar, crecer y trascender. Los distintos niveles en los que nos movemos, el familiar, profesional, de amistades y comunitario son meros artefactos que definen, clasifican y normativizan, siendo a veces, considerados desde perspectivas rígidas y limitantes, el origen del malestar y el no desarrollo de las potencialidades de cada uno. Las cotas de libertad que podemos alcanzar individualmente tienen una traducción directa en la vida de las personas que nos rodean y su expresión en forma de afectos, gestos y acciones están en la base de la red social que nos sostiene y da identidad.

Para terminar, el grupo terapéutico se me ha revelado providencial en mi propio sostén profesional y personal en una etapa de soledad obligada (por el COVID) y desamparo propio de la pérdida de un referente nuclear en mi vida. No pudiendo más que agradecer a todos los que hacen posible que este programa continúe espero poder seguir en esta labor con la dedicación de la que también soy deudor.

Contacto

Javier Alejandro Kuhalainen Munar ✉ elkuha@gmail.com ☎ 629 212 350
Programa de familias del Área de Salud Mental Tramuntana (Mallorca)
C/ Jesús 16 - 4^º A • 07003 Palma de Mallorca

- Recibido: 13/09/2021.
- Aceptado: 02/12/2021.

Lo inconsciente de Freud a Lacan.*

The Unconscious mind from Freud to Lacan.

M. Carmen Rodríguez Rendo.

Psicoanalista y Psicóloga clínica, Madrid.

Miembro de la Federación de Ateliers Psicoanalíticos de París.

Resumen: Con “lo” inconsciente como lo llama Freud, se abre un nuevo sentido, se introduce un saber nuevo, un sentido sexual. El inconsciente freudiano tiene raíz sexual. Este inconsciente, se lee y en este aspecto el inconsciente freudiano y el lacaniano se encuentran. Esto quiere decir que se pueden descifrar.

El mérito de Freud fue sostener este S₁, ese significante amo que guarda el sentido sexual, contra la opinión inhóspita con la que fue recibido. Inhóspita tanto en lo social como en lo subjetivo, que es lo que conocemos con el término de resistencia.

Cuando Lacan propone que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, equivale a decir que es lógico, deducible, legible, incluso predecible en algunas ocasiones, en la temporalidad que le caracteriza, una temporalidad que se lee por retroacción. El inconsciente no es, hay que producirlo.

Palabras clave: Inconsciente, sentido, vaciamiento de sentido, entre, significante, transformación, simbólico, Otro, otro, lenguaje, agujero, hiancia.

Abstract: With “The” unconscious as Freud denominated it, a new knowledge is introduced, a sexual sense. The Freudian unconscious mind has a sexual root. This unconscious mind can be read, and in this aspect the Freudian and the Lacanian concepts find each other. This means both can be deciphered.

Freud’s merit was to sustain this S₁, this master signifier that guards the sexual sense against the unwelcome opinion with which it was received. Unwelcome both in the social and in the subjective sense, a term we know as resistance.

When Lacan proposes that the unconscious mind is structured as a language, it is equivalent to describe it as logical, deductible, readable, and even predictable in some circumstances, in the ephemerality that defines it. An ephemerality that can only be read after the fact. The unconscious mind is not, it needs to be produced.

Keywords: unconscious, sense, emptiness of sense, between, significant, transformation, symbolic, the other, other, language, hole, hollowness.

* Basado en otro artículo publicado en la *Revista de la Asociación Madrileña de Psicoterapia Psicoanalítica*, nº 27. Febrero 2020.



En psicoanálisis los conceptos no son inamovibles y sus modificaciones responden a determinadas coordenadas. Estas coordenadas no son solo teóricas, también implican la experiencia analítica. Me refiero a los sujetos que se analizan y a los que sostienen el acto, en tanto psicoanalistas.

Lacan, como opina Jean Allouch no es un epígono de Freud. No sigue al maestro copiando su estilo, sino que crea un estilo propio, que mantiene con el campo freudiano una relación de vecindad, incluso de contigüidad. Y en este sentido Allouch señala que lo que Lacan hace con el deseo freudiano, es considerar al objeto del psicoanálisis tan metonímico como el objeto de la pulsión o del fantasma. Lacan sigue la huella del deseo freudiano. No sustituye sus conceptos por otros. No hace metáfora, pero entre la conceptualización de uno y otro hay conexión, por eso se dice que no hay sustitución, pero sí, continuidad metonímica. Lacan lee el significante en los casos de Freud, más que en su teoría, y lo mismo hace con La interpretación de los sueños, donde puede haber un significante que desvele el sentido del deseo del sueño. Pero justamente la diferencia va a estar que mientras Freud busca el sentido, Lacan busca el significante y el vaciamiento de sentido. No va a apuntar a una hermenéutica sino a un vaciamiento de sentido, y va a hacer de la presencia del analista el artificio de la llamada al Otro. Donde ambos se encuentran es que para ambos la trasmisión del psicoanálisis será a través del caso y que en la singularidad del caso será menester contar no solo con que cada paciente es el primero, sino con la necesidad de reinventar el psicoanálisis.

Con “lo” inconsciente como lo llama Freud, se abre un nuevo sentido, se introduce un saber nuevo, una especie de nueva inteligencia, que, muy especialmente un sentido sexual. El inconsciente freudiano tiene raíz sexual, por eso se dice que Freud viene a instalar un significante amo, un S₁, en el sujeto y en la civilización, que va a cambiar definitivamente la manera de leer los fenómenos del mundo. Este inconsciente, se lee y en este aspecto el inconsciente freudiano y el lacaniano se encuentran.

Ambos se leen. Esto quiere decir que se pueden descifrar. Para Lacan a lo largo de su enseñanza, hay un cambio en su concepción de lectura, hay un cambio en su concepción del inconsciente

porque no es lo mismo leer el inconsciente como cadena significativa, que leerlo entre líneas, en el hueco entre significantes. Como dirá en su enseñanza más avanzada, en el intervalo.

El mérito de Freud fue sostener este S₁ contra la opinión inhóspita con la que fue recibido. Inhóspita tanto en lo social como en lo subjetivo, que es lo que conocemos con el término de resistencias. Freud no cedió. Con la honestidad de sostener una hipótesis, sostiene que hay un no saber que es irreductible. Freud no propone un mundo cerrado para el concepto, no lo hizo con la pulsión de muerte para que no se cerrara sobre el instinto, ni lo hizo con el sueño, dejó un agujero, un punto de no- saber. A ese punto de no-saber lo llamó el ombligo del sueño, que es el punto donde las asociaciones se detienen. Y va a afirmar que no se puede ir más allá.

Cuando Lacan propone que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, tesis presentada en el S₁₁, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, al decir estructurado, lo pone al alcance del analizante y del analista, del clínico. Decir que está estructurado equivale a decir que es lógico, deducible, legible, incluso predecible en algunas ocasiones, aunque sea en la temporalidad que le es propia: por retroacción.

El primer Lacan, el de los 5 primeros seminarios es el de la ley del lenguaje. El último Lacan dirá que *lo real es sin ley*. Esta pasión por la ley del primer Lacan, desaparece cuando afirma que *No hay Otro del Otro*. Las primeras son las leyes lingüísticas, las que extrae de Saussure, el significante y el significado y, la sincronía y la diacronía, de Jakobson, que articula la metáfora y la metonimia. A estos tropos del lenguaje les dará el estatuto de leyes. Son leyes del lenguaje elevadas a la categoría de leyes del inconsciente. La segunda es la ley dialéctica y del reconocimiento del otro que va a buscar en Hegel. Esta ley es la que propone que en el discurso el sujeto no pueda asumir su ser sino por la mediación de otro sujeto. El humano no es sin el Otro. Lo que Lacan llama la ley de reconocimiento. La tercera será la ley de la alianza y el parentesco, que importa de Lévi-Strauss de sus Estructuras elementales del parentesco. Y la cuarta, la supuesta ley freudiana, la del Padre del Edipo, del cual el primer Lacan hizo una ley: el significante del Nombre del Padre que debe imponerse al Deseo de la

madre y por esta condición el sujeto accede a una experiencia de realidad, que será común a otros sujetos. En la primera etapa, estos 4 registros son constitutivos para él, de lo que llamó Lo Simbólico.

A Lacan le interesa el inconsciente que aparece en la experiencia en “su pulsación temporal”. Cada inconsciente, en cuanto que es producido en la experiencia, será pensado uno por uno. Así se puede entender muy bien su proposición del estatuto ético del inconsciente: el inconsciente no es, hay que producirlo. Y el analista está ahí para formar parte él mismo de la producción del inconsciente. Además, decir el inconsciente estructurado como un lenguaje significa que no basta con un solo significante, que para captar al inconsciente hacen falta al menos dos, S₁-S₂. Porque el inconsciente lacaniano está *entre* los significantes, por eso se necesita una cadena, una red para capturarlos. En el “entre” se cuelga ese inconsciente que irrumpe y sorprende en la sesión de análisis.

Si el inconsciente no es y hay que producirlo, depende del compromiso que con el discurso tenga el sujeto.

El sujeto que consulta hace una apuesta por algo desconocido que lo habita, pero que de algún modo se interroga, sospecha que eso desconocido puede hacerse presente. Su piel, es la de un vacío que tendrá que habitar. Urbanizar el pasado. Lo que llamamos historizar, y en esa disposición encontramos una posición ética del sujeto analizante.

Si el inconsciente está estructurado como lenguaje, implica no escuchar solamente los significantes que conforman su historia, sino escuchar un poco más allá, o más acá de los significantes, escuchar su latido. Lo más singular de cada sujeto está en el hueco, en el *entre*, en el agujero entre significantes. Es en la grieta, en la hiancia donde lo vemos insistir a Lacan. Los significantes dan el marco, el envoltorio total, pero lo más original, lo más verdadero está en el hueco. En el Seminario 11 dice “*Antes de toda experiencia... algo organiza este campo...*”. Ese “algo” al que alude Lacan es la estructura sobre la que se asienta todo aquello que llamamos subjetividad.

En este mismo seminario 11 de 1964 Lacan subraya el desdén y la ignorancia de los analistas postfreudianos, y vuelve a exigir el respeto a la palabra como instrumento. Unos años antes, en *Función y*

campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis, en el apartado “Palabra plena y palabra vacía en la realización psicoanalítica del sujeto”, iniciaba el texto con el siguiente párrafo: Ya se dé por agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no tiene sino un *médium*: la palabra del paciente. La evidencia del hecho no excusa que se le desatienda. Ahora bien, toda palabra llama a una respuesta... Pero si el psicoanalista ignora que así sucede en la función de la palabra, no experimentará sino más fuerte su llamada” (1). Esa *llamada* indica que toda palabra es una llamada a la presencia del otro. El concepto de *llamada* es el que precede al concepto de *demanda* en Lacan.

En el Seminario 1, *Los escritos técnicos de Freud*, la llamada se articula con el llanto del niño, como llamada que implica la instauración del sujeto en lo simbólico.

La llamada implica, por tanto, una dinámica de presencia/ausencia y este par presencia/ausencia es el núcleo de la teoría de la simbolización para Lacan.

La función de la llamada se despliega en el famoso juego del Fort-Da!

Este par mínimo de fonemas que se oponen va a definir formalmente al significante. Un significante es lo que los otros no son, y éste será su rasgo diferencial.

El par mínimo de oposiciones se funda, en psicoanálisis, en la presencia/ausencia del Otro. De manera que esta presencia/ausencia no es una cuestión de conducta. El juego del niño que se esconde y luego vuelve a aparecer, es un juego vinculado a la captura del sujeto humano por el lenguaje.

Luego siempre que hay una llamada, se espera una respuesta, porque la palabra, en primer lugar, viene del Otro: desde que nace, la cría de hombre está sumergido en un baño de lenguaje. El universo simbólico le pre-existe.

Antes de nacer se le habla, se habla de él, es hablado en las manifestaciones interpretativas de los que le rodean. Este es el sentido, en que la llamada se relaciona con el hecho de que la palabra tenga una función evocativa y una función creadora. Resumiendo, el fort-da! introduce la pulsión de dominio



freudiana, y la palabra que nombra la ausencia y la presencia, introduce el significante en Lacan.

Lacan advierte, que abordará la cuestión del inconsciente desde una posición que conlleva el rechazo del concepto. En el texto establecido por Miller, no deja de observarse como paradójal frente a esta advertencia, el título del seminario: *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. En el seminario siguiente, *Problemas cruciales del psicoanálisis*, Lacan cuestiona la idea de que los fundamentos del psicoanálisis sean del orden del concepto, además los cuestiona explícitamente. El fundamento no puede ser del orden del concepto, si lo fuera estaría construyendo una psicología psicoanalítica, y no una teoría psicoanalítica.

Nuestra concepción del concepto está hecha para aprehender la realidad de forma acabada, realizándose. Pero en qué puede cobrar forma acabada la elaboración conceptual que llamamos inconsciente, puesto que está en transformación constante, y su peculiaridad es el estatuto de lo inacabado. Cualquier formulación freudiana o lacaniana del inconsciente se alejará de una forma acabada, ya que Freud, tanto si lo presenta como sustantivo o como adjetivo, no habla de una instancia adicional, ni de una segunda consciencia, sino del eje de la vida psíquica, con un movimiento de apertura y cierre.

A partir de la 1ª tópica, con *La interpretación de los sueños*, y en particular del capítulo VII, el inconsciente queda separado del sistema percepción/conciencia por la represión. Luego, con la 2ª tópica lo inconsciente se funda en la repetición y las formaciones del inconsciente que tendrán un significado inconsciente al que se accede por la interpretación convocada por la asociación libre. El psicoanálisis se va acercando así a una hermenéutica y la preocupación por el sentido va a reinar en él, como legado de la tradición judeocristiana que, en los post-freudianos, verá su apogeo, hasta que Lacan desarrolla con su enseñanza un vaciamiento de la sustancia y del sentido.

El registro de lo imaginario abre la posibilidad de mostrar el señuelo que anida en la prestancia de la apariencia. Que no es posible ser sin el otro, y al tiempo la relación con el otro, está sancionada por su virtualidad, que la analogía no es la metá-

fora porque es imaginaria, y que Freud abrió la vía del sueño para la noción del simbolismo analítico. Freud abrió la vía, Lacan la transita.

Volviendo a la cuestión del concepto podemos decir que el concepto intenta mediante una simbolización, la captura imaginaria de una noción; que el concepto está hecho para aprehender una realidad, pero la realidad para Lacan, es imaginaria.

Volvamos al concepto de inconsciente: *el inconsciente está estructurado como un lenguaje* es una afirmación que nos es mucho más accesible ahora que en la época de Freud, gracias a lo explorado por Claude Lévi-Strauss en *Pensamiento salvaje*. Allí elabora y estructura que antes de toda experiencia, antes de que se inscriban en el hombre las experiencias colectivas de las necesidades sociales, hay algo que organiza este campo e inscribe allí, los primeros trazos. Es la función que Claude Lévi-Strauss llamará la función totémica. Antes de que se establezcan las relaciones humanas, estas son determinadas. La naturaleza ofrece soportes que se disponen en oposición. La naturaleza proporciona significantes que organizan de forma inaugural las relaciones humanas y las estructuran.

El paisaje de la lengua que acoge al infans inocula su palabra dando forma al psiquismo que se ha de construir.

Lacan subraya la importancia de esto ya que va a afirmar que antes de la formación del sujeto, *algo cuenta*. Y lo que cuenta es lo simbólico importado desde la función totémica, ya que el paisaje de la lengua no solo preexiste, sino que será la cuna de la cría de hombre.

La incidencia significativa es anterior a la inscripción del sujeto en el orden simbólico. El entorno cultural en el que le toca vivir, va a inscribir en él lo que Lacan denomina las "líneas de fuerza iniciales". Esto quiere decir que desde el comienzo el sujeto cuenta con una marca, una singularidad con la que habrá de vivir. El significativo está antes del sujeto, antes de que cobre forma de sujeto.

Ahora bien, Lacan dirá el inconsciente, como concepto freudiano es diferente del nuestro. Al decir que es un concepto dinámico, se sustituye un misterio particular por un misterio más corriente, el de la fuerza que designa una opacidad. Por eso se va a referir a la función de la causa. Kant va a

precisar la hiancia, que precede a toda aprehensión conceptual de la causa. "... cada vez que hablamos de causa, siempre hay algo anticonceptual, indefinido" (S11 p. 30) la causa se distingue de la ley, pero una cosa no se da sin la otra.

Lo anticonceptual anterior a la causa es el agujero, esa nada de que Freud parte en la *Etiología de las neurosis*. La ranura, la hiancia de toda causa, a la que "pertenece al orden de lo no realizado". Esa hiancia de la que hablamos, igual que el ombligo anatómico que lo representa, es lo que Freud llamaba, el ombligo del sueño.

¿Qué quiere decir para Lacan que pertenece al orden de lo no realizado? Quiere decir que dentro de la experiencia analítica, será la presencia del analista lo que convoque a lo inconsciente, como una llamada al sujeto del inconsciente del analizante, que se realizará siendo evocado por el discurso, por la palabra del paciente en el discursar de su cadena hablada. De ahí que afirme que el inconsciente tendrá que ver con el futuro. No se trata de eludir los acontecimientos del pasado, sino de respetar su actualidad, esa que adquieren en el discurso, en la cadena significativa. La noción de puntada da buena cuenta de ello. Esta dimensión del inconsciente es la que Lacan dice que estaba olvidada por el celo con que los analistas ortopedistas, en lugar de abrir se ocuparon de cerrar, el mensaje de lo inconsciente, suturando la hiancia y psicologizando la teoría analítica.

El siguiente paso que dará será introducir en la hiancia la ley del significativo, intentando llevar el concepto a su límite. El inconsciente de Freud no tiene nada que ver con los conceptos de inconsciente que le precedieron, ni con algunos que todavía circulan. En el capítulo VII de la *Traumdeutung*, va a decir que hay a nivel de lo inconsciente algo homólogo con lo que sucede a nivel del sujeto: "eso habla y eso funciona de manera tan elaborada como a nivel de lo consciente ...". En "El olvido de los sueños" del capítulo VII, Freud se refiere insistentemente al juego del significativo.

Ahora bien, hay otro aspecto con el que lo inconsciente se manifiesta y es lo que impresiona en el sueño, en el lapsus, es que se presenta en forma de tropiezo, de falla, de fisura. Fenómenos imantados para la mirada freudiana y es allí don-

de va a buscar lo inconsciente. Lacan va a buscar en la hiancia y lo que encuentra en ella es *el hallazgo*. Dirá: "Lo que se produce es esta hiancia, en el sentido pleno del término producirse, es el hallazgo... Hallazgo que es a un tiempo solución... por incompleta que sea... que es la sorpresa: aquello que rebasa al sujeto... Con todo, este hallazgo, en cuanto se presenta, es re-hallazgo y, además está siempre dispuesto a escabullirse de nuevo, instaurando así la dimensión de la pérdida". (S 11 p. 33) Lo que hará de telón de fondo de esa pérdida reiterada es la ausencia. La ausencia va a surgir de la ruptura, de la ranura.

El inconsciente que Lacan postuló no está dentro de un sujeto, está en el discurso del analizante, es extraplano. No es actividad de una fuente, instancia o sistema psíquico, es efecto del lenguaje. No está dentro de un sujeto porque no es intrapsíquico, en el sentido en que se mal utiliza este término. Aparece en un discurso que se ofrece a la interpretación. Es indisoluble de la transferencia porque se pone en acto en la relación con el otro. No es un durmiente que permanece en estado latente hasta que un día despierta. Porque no es un inconsciente articulado al pasado sino al futuro, advendrá, se producirá invocado por la presencia y el deseo del analista. Como se requiere de la presencia del analista para producir el inconsciente en la trama del discurso, se dice que el estatuto del inconsciente es ético. Y el analista no es exterior ni al inconsciente ni a la experiencia analítica que conduce. Este fenómeno Lacan lo hace patente con la banda de Möbius.

Esta manera de entender lo inconsciente hace de la repetición un elemento de la estructura. El sujeto repite porque no tiene posibilidad de no hacerlo. Repitiendo cobrarán presencia los significantes determinados para cada sujeto en sus formaciones del inconsciente. El inconsciente para Lacan no está escondido, tiende a evidenciarse a través de la asociación libre y de la transferencia, con su puesta en acto y su realidad sexual en la superficie del discurso.

La fórmula gnómica: *En el principio era el verbo*, muestra a través de la experiencia del psicoanálisis, como deseo, goce y palabra brotan entrelazados, sin que se pueda decir cuál es anterior al otro. Porque la palabra toma cuerpo, en un cuerpo que conquista la palabra.



La tesis: “El inconsciente es el discurso del Otro” alude al Otro que surge en aquello que se dice, así como al Otro que tiene que ver con el deseo. ¿Es el Otro del *Que vuoi?* ¿Qué me quiere el Otro? ¿Qué se hace presente y se muestra en la dialéctica del sujeto con el Otro? la servidumbre del humano al deseo del Otro, que se inicia en la relación con el Otro primordial, la madre. “Si dije que el inconsciente es el discurso del Otro con una O mayúscula, es para indicar el más allá donde se anuda el reconocimiento del deseo con el deseo de reconocimiento”. (2)

Cuando afirma que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” lo hace para insistir en la dependencia del orden significante, tanto del inconsciente como del sujeto. En *La instancia de la letra...* ratifica como Freud pone diversos ejemplos para poner en valor el significante de la imagen en la *Traumdeutung* y su propuesta de seguir el sueño al pie de la letra. (3) Es la textura del relato del sueño la que dará cuerpo al texto que nos llevará por el camino real hacia lo inconsciente.

Esta concepción del inconsciente no tiene por finalidad descubrir contenidos preexistentes, sino crear lo inconsciente, construir junto al analizante su producción inconsciente.

Lacan va a situar lo inconsciente en el plano del sujeto de la enunciación en la medida en que: “este se pierde tanto como se vuelve a encontrar, y que, en una interjección, en un imperativo, en una invocación aún en un desfallecimiento... en el plano donde todo lo que se explaya en el inconsciente se difunde, tal el micelio, como dice Freud a propósito del sueño en torno a un punto central. Se trata siempre del sujeto en tanto que indeterminado”. (4) El sujeto del inconsciente es un sujeto indeterminado como consecuencia del rasgo que produce el significante. Indeterminado quiere decir aquí, que aparece y desaparece; se pierde y se vuelve a encontrar.

Dirá *lo inconsciente es lo evasivo*, que sin embargo considera que lo ha circunscripto a una estructura temporal, terreno no explorado hasta entonces. “La experiencia analítica después de Freud no mostró más que desdén por lo que aparece en la hiancia.” (5)

Volviendo a la cuestión del inconsciente y la repetición (6) Lacan dirá que lo que escucha Freud

en la escucha de la histérica, es que, *en alguna parte, el inconsciente se muestra*. A pesar de que pudiese estar marcada por el engaño (7) inicialmente, es el deseo de la histérica lo que marca el descubrimiento inicial de Freud: *Ahí está la tierra donde llevo a mi pueblo*.

Para finalizar voy a citar al Lacan de *Función y campo de la palabra...* para mostrar la pertenencia de su pensamiento al campo freudiano: “El inconsciente es aquella parte del discurso concreto en cuanto transindividual que falta a la disposición del sujeto para reestablecer la continuidad de su discurso consciente.” (8) “El inconsciente es ese capítulo de mi historia que está marcado por un blanco u ocupado por un embuste; es el capítulo censurado. Pero la verdad puede volverse a encontrar; lo más a menudo ya está escrita en otra parte.” (9)

Para Freud la ayuda del analista consistía en restituir la continuidad del discurso. Lacan va a recuperar este espíritu freudiano diciendo que el analista ayuda al analizante, a reconocer que su inconsciente es su historia, y que la historicización es lo que le permitirá actualizar los “vuelcos” históricos, reconocidos o censurados dentro de la cadena significante.

Notas del texto

1. Función y campo de la palabra. Pág. 69.
2. La instancia de la letra. Pág. 209.
3. *Ibíd.* Pág. 195.
4. Seminario 11 Los cuatro conceptos. Pág. 34.
5. *Ibíd.* Pág. 40.
6. En cuanto a lo que ahora nos ocupa: inconsciente y repetición, hay que aclarar que, aunque haya repetición en la transferencia, la transferencia no es repetición. Son conceptos diferentes, aunque se confunda porque la repetición, fue descubierta en la transferencia.
7. *Ibíd.* Pág. 41.
8. Función y campo. Pág. 79.
9. *Ibíd.* Pág.

Contacto

M. Carmen Rodríguez-Rendo ✉ carmenrodriguezrendo@gmail.com
Agastia 82, 1º B • 28043 Madrid

Bibliografía

Freud, S.: La interpretación de los sueños. Capítulo VII. Santiago Rueda editor. Buenos Aires, 1953.

Korman, V.: El espacio psicoanalítico: Freud-Lacan- Möbius. Editorial Síntesis. Madrid, 2004.

Lacan, J.: Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. 1953.

Lacan, J.: La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud (1957). Escritos I. siglo XXI editores. México, 1971.

Lacan, J.: S1 Los escritos técnicos de Freud (1953/54) Editorial Paidós. Buenos Aires 1991.

Lacan, J.: S5 Las formaciones del inconsciente (1957/58) Editorial Paidós. Buenos Aires, 1999.

Lacan, J.: S11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. (1964) Editorial Paidós. Buenos Aires, 1987.

- Recibido: 22/06/2021.
- Aceptado: 13/12/2021.

Borderline, fenómeno de época.

Borderline, phenomena of our time.

Zoe Vázquez Mata.

Psicóloga en Hospital Universitario José Germain. Madrid.

Kepa Matilla Díez.

Psicólogo Clínico, Hospital Río Hortega de Valladolid.

Resumen: Incesantemente, en nuestro quehacer clínico actual, recibimos a pacientes refractarios a la psicoterapia, debiendo añadir que no se ajustan a las clásicas etiquetas de neurosis o psicosis. Aproximadamente, a mediados del siglo XX surge el debate, todavía inconcluso, del paciente borderline, o de los estados fronterizos; actualmente designados como trastorno límite de la personalidad en las clasificaciones imperantes. El propósito del presente trabajo consiste en realizar una breve aproximación al desarrollo histórico que ayude a dilucidar la problemática que entraña dicho diagnóstico. Posteriormente, se expone de manera sucinta una explicación teórica acerca del narcisismo, concepto que se sitúa en la causa fundamental entre los defensores de dicho fenómeno. Finalmente, se muestra nuestra idea de que, lejos de tratarse de una entidad clínica independiente, nos enfrentamos a un fenómeno de época, donde la nueva presentación clínica se caracteriza por la desubjetivación del malestar.

Palabras clave: Trastorno Límite, Psicosis, Neurosis, Narcisismo, Contemporaneidad.

Abstract. Incessantly, in our current clinical work, we receive patients who are refractory to psychotherapy. It must be added that they do not fit the classic labels of neurosis or psychosis. Approximately in the middle of the 20th century the debate arises, still inconclusive, about the borderline patient, designated as borderline personality disorder in current classifications. The purpose of this work is to make a brief approach to the historical development that helps to elucidate the problems involved to make an accurate diagnosis. Subsequently, a theoretical explanation about narcissism is presented succinctly, a concept that is located as a fundamental cause among the defenders of this phenomenon. Finally, our idea is shown that, far from being an independent clinical entity, we are facing a phenomenon of the time, where the new clinical presentation is characterized by the desubjectivation of the unease.

Key words: Borderline, Psychosis, Neurosis, Narcissism, Contemporaneity.

1. Introducción

Es patente el aumento de sujetos que acuden a nuestras consultas refiriendo sentimientos de vacío, angustia inespecífica y grandes dificultades para tratar de alojar la problemática que les acompañe en su vida.

Lo previo suele presentarse acompañado de alteraciones de conducta, impulsividad, abuso de sustancias, autolesiones y dificultades para sostener una identidad asentada, presentándose ésta fluida y cambiante. En muchas ocasiones nos resulta arduo adscribir a un paciente a una categoría concreta; pues, en una época en la que los ideales han cambiado, nuestros pacientes presentan síntomas más relacionados con la clínica del acto. Si bien en el siglo XX, la esquizofrenia acaparaba la gran mayoría de las disertaciones clínicas; actualmente, es el trastorno límite de personalidad el que se sitúa en el centro de la escena psiquiátrica, desbordando los limitados recursos institucionales.

El debate por los pacientes difíciles de clasificar no es reciente, pues llegó un momento en que, ya no se trataba de síntomas alojados en el cuerpo o en forma de pensamientos obsesivos, sino que la clínica del acto tomaba el terreno.

Nuestros antecedentes se sitúan en autores como Falret, Kraepelin o Bleuler: el primero describió las locuras histéricas, neuróticas que podían presentar fenómenos semejantes a la fragmentación psicótica. Por otro lado, la introducción de la *Dementia Praecox* Kraepeliniana transformó por completo el paradigma psiquiátrico, desembocando en las actuales clasificaciones diagnósticas. Por último, Bleuler estableció los síntomas fundamentales y accesorios, siendo los primeros imprescindibles para el diagnóstico de psicosis. De esta manera, las alucinaciones y los delirios dejaban de ser necesarios para tal menester.

El objetivo del presente trabajo es abordar el concepto «borderline», ver cómo se transforma en una entidad clínica independiente durante la segunda mitad del siglo XX, y cómo acaba copando el conjunto de la clínica dejando de lado entidades milenarias como la histeria. Veremos también cómo su construcción tiene que ver, en gran parte, con las dificultades técnicas ocasio-

nadas por la diversidad de pacientes que acaban accediendo a los tratamientos psicoterapéuticos a partir de los años 50.

2. Desarrollo histórico

El concepto de carácter

La idea de la «personalidad» comienza a tomar fuerza en el ambiente psicoanalítico, principalmente, a raíz de la segunda tópica freudiana que hace hincapié en la estructura del aparato psíquico y deja un poco de lado el síntoma. Uno de los antecedentes es el concepto de «carácter». Los primeros analistas lo usan para ubicar allí a determinado tipo de sujetos que no entran en la neurosis o la psicosis. Son las patologías del carácter. Se trata de patologías asintomáticas que afectan más bien a la dimensión del acto.

Franz Alexander publica en 1930, un importante artículo titulado: “The neurotic character”¹. Su propósito es estudiar la impulsividad, rasgo que debe ser investigado por la psiquiatría, y que constituye lo que justamente él acuña como carácter neurótico. Describe un tipo de cuadro patológico donde los usuales síntomas neuróticos no tienen lugar. Nos presenta a unos sujetos que viven fuera del circuito pulsional, manifiestan tendencias antisociales y alteraciones del yo. Hay una tendencia al acto que invade al yo y desborda la represión, por lo que el *acting out* es inevitable. Son sujetos que no tienen ninguna capacidad de *insight*.

Las formaciones pulsionales se actúan de manera aloplástica. Así, implicar en extremo a su ambiente, a su entorno, es típico de este grupo. Por lo tanto, no estaríamos en un plano intrapsíquico, sino que se trataría de formaciones sintomáticas que se realizan hacia fuera, al exterior. La problemática (el sufrimiento de estas personas) no se refiere al síntoma (obsesiones, somatizaciones...), sino que afectan a toda la personalidad. Son personas cuyas vidas están siempre en acción perpetua, y la función del acto no es otra que el autocastigo, por eso entran en el campo de las neurosis.

Es de notable importancia cómo el autor diferencia entre el presente cuadro descrito y las psicosis: estas últimas también presentan un funcionamiento fundamentalmente aloplástico, pero lo

que las diferencia es que la gratificación del ello es indistinguible de su objeto, no existiendo un conflicto reprimido. En los cuadros psicóticos, no está tan presente la necesidad del acto, sino la ruptura de las defensas de la organización yoica.

Un tipo de psicosis discreta

Clásicamente, se suele citar el texto sobre la personalidad “como sí” de Helene Deustch²: sujetos que transitan por el mundo bajo una cierta normalidad pero que, tras realizar una entrevista psicopatológica en profundidad, podríamos estar ante una psicosis.

Existen numerosos autores³ que realizaron una descripción fenomenológica para aquellos pacientes que entrañan una dificultad diagnóstica; personas con fenómenos psicóticos fundamentales, pero que se manifiestan de manera velada y sin que haya un desencadenamiento evidente, precisando un análisis clínico de gran profundidad. Siguiendo el trabajo desarrollado por Hoch y Polatin, citamos a continuación, de forma resumida, las características más importantes para dicho fenómeno:

El *autismo y el pensamiento dereístico*⁴ es el interés que muestran estos individuos por la palabra neta presentada en estado puro y con un significado privado; la idea conceptual o el contexto carecen de importancia, entendible solo si hacemos un análisis minucioso de la persona en cuestión. La *ambivalencia*⁵, entendida más como una polivalencia. Sujetos siempre dubitativos, confusos y dispersos, con alteraciones afectivas en el mismo sentido que se observan en la esquizofrenia (aplanamiento, abulia...), si bien el afecto rígido o inflexible no es propio de estos perfiles. Se observan conexiones inapropiadas o incapacidad para modular los sentimientos, siendo los sujetos invadidos por sus propias emociones. Al síntoma de la ambivalencia se suma la panansiedad y la panneurosis que, en términos vulgares, vendría a explicar la manifestación de ansiedad generalizada, sin objeto delimitador, y la presencia indiscriminada de síntomas neuróticos como pensamientos obsesivos, fobias o síntomas más propiamente histéricos. Las *alteraciones del pensamiento*⁶, no observándose la incoherencia y la desestructuración del mismo, sino condensación de ideas, pensamiento catatímico, expresiones

omnipotentes o un tipo de pensamiento mágico. Si en las neurosis existe la capacidad de racionalizar o conectar un hecho con un factor causal, en estos cuadros, sin embargo, dan detalles explicativos vagos, contradictorios, no pudiendo ir más allá de detalles nimios, construyendo un discurso superficial, el cual repiten de una manera estereotipada. Asimismo, la asociación libre está mermada y, en relación a su infancia, el material está bloqueado. La *desorganización sexual*⁷, no habiendo alcanzado estadios genitales o quedándose en estadios más inmaduros como los pregenitales, o una mezcla de ambos. Así, es posible presenciar tendencias masoquistas y sádicas, y la expresión de ideas incestuosas sin que opere completamente la represión. Sin embargo, todo lo anterior no se capta de una manera tan directa como sucede con las esquizofrenias clásicas. Por último, en relación a si estos pacientes pueden presentar *episodios psicóticos*⁸, los autores se posicionan a favor, pero con la salvedad de que se tratarían de episodios breves, siendo característico de estos episodios la presencia de ideas hipocondríacas, ideas de referencia y la despersonalización. Con respecto al mecanismo de la regresión, sería transversal a todas las estructuras, predominando para estos casos, el mecanismo de la desintegración.

Borderline: Una entidad clínica

En 1953, Robert P. Knight⁹ publica, en la revista *Menninger Clinic*, el artículo “Borderline States” que centra el asunto que nos ocupa. Si bien el autor reitera en múltiples ocasiones que su propósito está lejos de defender dicho concepto como una entidad clínica independiente, se aprecia a lo largo de todo el artículo cierta ambivalencia a este respecto. Para el autor “es un término que se emplea para aquellos que aún no han roto con la realidad, o aquellos en los que la clínica es tan grave que imposibilita el diagnóstico de neurosis. Dicha etiqueta, empleada como diagnóstico, informa más de la incertidumbre e indecisión del clínico que de la condición real del paciente”¹⁰. No es el paciente y su capacidad de ocultar síntomas lo fundamental a tener en cuenta para este tipo de patologías, sino que se trataría más del saber aún incompleto de la psiquiatría, o que no se ha realizado todavía un examen lo suficientemente profundo sobre estos casos.

En un intento realizar un diagnóstico certero, refiere tres criterios que han sido considerados y empleados de manera errónea: el criterio de ruptura con la realidad, que la neurosis y la psicosis son diagnósticos independientes y excluyentes, y el concepto del desarrollo de la libido en etapas¹¹. En relación al primero, se ha tendido a considerarlo como algo que sucede abruptamente, cuando, para el autor, esto no sería así realmente, pues debe existir un proceso previo en el que se vaya gestando todos los signos que se manifestarán en etapas más avanzadas, posibilitando al clínico poder predecir el pronóstico del cuadro atendido, así como conocer la manera de reforzar aquellos factores del yo que todavía están funcionando y que están permitiendo cierto equilibrio para que el sujeto pueda mantener sus resistencias que le defienden ante ese corte con la realidad. Por otro lado, refiere la dificultad que entraña en la comunidad médica la idea de sugerir que neurosis y psicosis no están tan alejadas la una de la otra, si bien en una misma persona es posible observar mecanismos de diferentes estructuras, o también, en diferentes personas, se puede apreciar el funcionamiento de un mismo mecanismo. Por último, la confianza puesta en el desarrollo psicosexual escalonado ha provocado muchos errores a la hora de establecer una psicosis subyacente a ciertos síntomas histéricos, obsesivos o fóbicos.

Basándose fundamentalmente en una alteración yoica, que será la base para todos los desarrollos posteriores que se posicionan a favor de una tercera estructura, Knight conceptualiza los casos borderline como un mal funcionamiento en los procesamientos secundarios del yo; dificultades en la integración de las ideas para mantener sus relaciones de objeto y defensas débiles que no pueden luchar por completo contra las pulsiones inconscientes.

El autor continúa describiendo los microsignos que el clínico debe tener en cuenta para poder detectar esta fragilidad yoica. Lo curioso es que se trataría de los mismos signos que proponen los autores que están a favor de entender lo borderline como una psicosis, delineando, en otros términos, el pensamiento dereístico, la panansiedad y la panneurosis, sin pasar por alto que también describe síntomas típicos de la paranoia. Así pues, parece estar construyen-

do un diagnóstico nuevo y a la vez, no puede alejarse del campo de la psicosis. Él mismo lo nombra en el artículo, incluso refiere que para estos pacientes no se recomienda la asociación libre y se advierte de los peligros de emplear el diván, pues desencadena episodios psicóticos que cesarían una vez que el paciente finaliza su sesión de análisis.

Posteriormente, las investigaciones lideradas por Grinkel, y más adelante por Gunderson, apoyan también la visión de los estados borderline como un diagnóstico independiente. Para ambos autores, la ruptura con la realidad es posible en estos pacientes y, si bien discernirlos de la esquizofrenia resulta harto complicado, se escudan en un mejor funcionamiento premórbido y mejor pronóstico para los pacientes borderline.

Otto Kernberg entiende dicho cuadro como una denominación reservada para aquellos pacientes que presentan una organización caracterológica que, no es típicamente neurótica ni típicamente psicótica, y que está caracterizada por un conjunto representativo de síntomas, una constelación típica de maniobras defensivas del yo, una patología propia de las relaciones objetales internalizadas, y rasgos genético-dinámicos singulares de este cuadro¹².

En primer lugar, en cuanto al cuadro síndrome¹³, el autor remarca que se tratan de elementos diagnósticos “presuntivos”. Ningún síntoma sería patognomónico y se precisa la presencia de tres o más de los que se describirán a continuación, siendo la presencia de las alteraciones yoicas lo que determinará la decisión diagnóstica.

Los síntomas son los siguientes: ansiedad flo-tante, crónica y difusa; presencia de un cuadro neurótico polisintomático, caracterizado por la presencia de múltiples fobias, en especial aquellas que están en relación a tendencias paranoides, síntomas obsesivo-compulsivos de tipo paranoide o hipocondriaco, múltiples síntomas de conversión, reacciones disociativas, hipocondría en general y tendencias paranoides e hipocondriacas acompañado de cualquier otro síntoma de perfil neurótico; presencia de tendencias perverso-polimorfos; las “clásicas estructuras de personalidad psicótica” (paranoide, esquizoide, e hipomaniaca y ciclotímica); la impulsividad



como un funcionamiento de la gratificación directa de algún tipo de necesidad pulsional; y el abuso de sustancias.

En cuanto al análisis estructural se constituye, como ya habían mencionado autores previos, una serie de disfunciones yoicas¹⁴:

- 1) Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, reflejadas en una falta de tolerancia a la frustración, falta de control de impulsos y un insuficiente desarrollo de los canales sublimatorios.
- 2) Desviación hacia el pensamiento de proceso primario, observado principalmente en las fantasías que presentan estos pacientes, en la rigidez para adaptarse al medio y, especialmente, en el empleo bizarro de ciertas expresiones.
- 3) Operaciones de defensa específicas, siendo esto de elevada importancia: Kernberg concluye que la represión no opera en estos pacientes, sino que es la escisión la principal defensa. Esta imposibilita la internalización de las relaciones objetales y la integración de la imagen de sí mismo, provocando la fusión regresiva de las imágenes de uno mismo y de los objetos, o un desarrollo insuficiente de la diferenciación.

El autor sitúa la prueba de realidad como el factor diferencial entre psicosis y los estados borderline, que permanecerá intacta siempre en los segundos. Sin embargo, señala que la fragilidad yoica de estos pacientes genera que se regresen a etapas muy primarias durante el análisis, lo que provocará que establezcan transferencias psicóticas, en lugar de transferencias más neuróticas. Asimismo, dado lo anterior, es posible observar como pierden la prueba de realidad en la consulta, para volver a recuperarla en un lapso breve de tiempo.

Kohut introduce el estudio de la patología narcisista diferenciándola de la borderline. Entiende la personalidad narcisista como un anhelo en extremo por la mirada del otro¹⁵, pero sin obviar que el narcisismo es una etapa psíquico normal necesaria, situando la problemática en la fijeza del sujeto en esa etapa durante su desarrollo. La agresión o la rabia, presente en este tipo de patología, la

entiende como un fenómeno secundario debido a la no gratificación en las necesidades de identificación e idealización. Contrariamente, Kernberg considera el self narcisista siempre patológico, muy diferente a un yo normal que se debe conformar en la infancia. Asimismo, mientras que Kohut sitúa la idealización producida en la relación terapéutica como una forma de regresión evolutiva normal, una forma de compensación a una falla estructural, Kernberg la encara como una defensa contra una serie de sentimientos negativos.

Para finalizar, es importante nombrar los trabajos más tardíos realizados por Melitta Schmeideberg que, dependiendo cuál consultemos, entiende lo borderline como un trastorno independiente de la neurosis y las psicosis o lo encuentra cercano a esta última. Para la autora, la dificultad estriba en poder encontrar esa línea que separa la “normalidad” de la esquizofrenia simple o de los trastornos de personalidad¹⁶. Estos pacientes presentan episodios psicóticos muy breves, parciales o exclusivamente bajo condiciones de estrés, siendo atípico que desarrollen síntomas comúnmente esquizofrénicos y, si bien se observan oscilaciones anímicas, jamás se llega a objetivar un cuadro maniaco completo o de melancolía. Así, la autora remarca un asunto de gran interés: lo verdaderamente característico de los casos borderline es la ausencia de emociones consideradas normales o esperables bajo ciertas condiciones o eventos externos. De tal forma que, síntomas como la despersonalización, las alteraciones conductuales o la impulsividad son interpretados por Schmeideberg como un intento para salir de su estado anhedónico o de imposibilidad de sentir. Añade otros fenómenos como la alteración en la capacidad asociativa, la dificultad para poder ponerse en el lugar del otro o anticipar las reacciones probables que pudiera mostrar dado el contexto social en el que estamos sumergidos y, por último, remarca que la función del mecanismo de represión está en suspenso (igual que en la psicosis), siendo esto una orientación terapéutica fundamental. En relación a esto último¹⁷, señala la inutilidad de los fármacos o el empleo de la TEC, proponiendo un tipo de terapéutica que combina metodología más psicoeducativa, basada en reforzar y redirigir las funciones yoicas con los intentos de traer al paciente a la realidad.

Borderline: una patología afectiva

El autor más importante que se posiciona a favor del papel que entraña las alteraciones afectivas como causa de la patología borderline es Donald F. Klein. Basándose en la respuesta a fármacos, concluirá que los estados borderline son una patología principalmente de causa afectiva, ya que estos pacientes son refractarios a los neurolepticos, pero presentan una respuesta positiva a los antidepresivos y, en algunos casos, al litio. Es la alteración afectiva (por exceso o por defecto) la que provoca los problemas del yo y no a la inversa. Asimismo, las alteraciones del pensamiento observadas son una amalgama de desórdenes emocionales. Para Klein, el haber obviado el campo de los afectos se debe, por un lado, a que los pacientes están acostumbrados, ya que así lo espera el clínico, a describir sus síntomas empleando un vocabulario más de tipo relacional y por otro, a que los clínicos tendemos a relegar los afectos a un segundo nivel.

Klein estudia cinco síntomas afectivos, que serían los que han recibido mayor atención por el resto de autores que se dedicaron a esclarecer la presente problemática: La labilidad emocional, la disforia histeroide, estados de ansiedad crónicos, fobias neuróticas con ataques de pánico y los estados histriónicos.

La disforia histeroide supone para el autor el punto álgido del debate. La principal característica es la de un estado de ánimo que va desde la euforia a la desesperanza. Son pacientes (sobre todo mujeres) que están muy sujetas al reconocimiento y a conseguir admiración. Si bien refieren depresión, no es al estilo de la depresión endógena, estando orientadas de manera activa a la realización de nuevos proyectos, relaciones, situaciones, etc. Es decir, son personas sujetas al deseo. Intentan reparar el malestar a través de lo social y lo sentimental, aunque son hipersensibles al rechazo. De tal manera que, cuando lo sienten de nuevo, vuelven a mostrar malestar anímico. Parecen “curarse” cuando se aferran a alguien, reciben afecto o comienzan una relación más estable.

En relación a los estados histriónicos, Klein refiere: “Es curioso que a la histeria clásica ya no se la vea. El diagnóstico de esquizofrenia o borderline se realiza mucho más ahora. Pudiera dar la

sensación de que los síntomas esquizofrénicos se hayan propagado en la cultura (libros, televisión, etc.) lo que provoca que sea frecuente su imitación, ya que está más de moda que los ataques histeroepileptoides del S. XIX. Diferenciar la esquizofrenia de la histeria no es tan fácil, debiendo rastrear un signo harto conocido y bien estudiado, pero olvidado por los clínicos: la *belle indifférence*”¹⁸.

Dada la diversidad del cuadro, propondrá la subdivisión del trastorno; admite que hay un subgrupo donde lo afectivo tiene más peso, pero que puede existir un subgrupo donde la fenomenología psicótica tenga prevalencia.

Por último, mencionar a Hagop Souren Akiskal que, ya más tardíamente, reabrirá el debate de considerar lo anímico como causa subyacente a la patología borderline¹⁹. Su trabajo se basa en el análisis diferencial entre los estados borderline y diagnósticos empleados con anterioridad, pero en desuso por los clínicos en la actualidad: el trastorno bipolar, el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico.

¿Son los estados borderline dos diagnósticos? Implicaciones en el DSM III

Spitzer llevaba tiempo escribiendo acerca de la independencia diagnóstica del trastorno esquizotípico, para un perfil psicótico, y los estados borderline, para un perfil más impulsivo y con desregulación afectiva. En 1979 se publica en la revista *Schizophrenia Bulletin* un compendio de artículos donde se debate acerca del devenir de los estados borderline. La cuestión acerca de la idoneidad de separarlo en dos tipos de diagnósticos se convierte en el epicentro del debate, y será determinante para la publicación posterior del DSM III.

En su artículo, Liebowitz realiza un análisis de los estudios llevados a cabo hasta la fecha en lo concerniente a los estados borderline²⁰. Determina que, si bien son muchos los intentos de equiparar los estados borderline con la psicosis, las investigaciones que permiten dilucidar la relación específica entre los trastornos afectivos y el borderline son escasas, pudiendo este último ser un subtipo de aquéllos. En relación a las investigaciones proporcionadas por Kernberg y su constructo borderline, se solapan con

los cuadros maniaco-depresivos, así como que, en episodios maníacos se observan los mismos mecanismos de defensa que en los estados borderline. Liebowitz añade las consideraciones de un reciente metaanálisis en el que no se encuentran diferencias entre el borderline de Kernberg y la ciclotimia de Jacobson. Además, añade que la disforia histeroide, se solapa tanto con la perspectiva de Kernberg como con la de Klein. Así, Liebowitz debe concluir que no existe suficiente evidencia para poder posicionarnos del lado de la existencia de una entidad clínica como tal.

Siever y Gunderson, por su parte, realizan una revisión de aquellos estudios que analizan los determinantes genéticos existentes entre la psicosis y los estados borderline²¹. Llevan a cabo una revisión exhaustiva de los estudios adoptivos existentes en los cuales se compara entre pacientes sin una clara esquizofrenia y aquéllos con esquizofrenia crónica, reacción psicótica aguda, estados borderline, personalidades inadecuadas o cuando el diagnóstico es dudoso. Tras su revisión, se muestran de acuerdo en introducir el término de “personalidad esquizotípica” en el DSM III, pero no como entidad separada del diagnóstico borderline, sino como un subgrupo de éste.

Rieder se declara a favor de introducir, como entidad independiente y diferenciada, el trastorno esquizotípico de Spitzer, si bien aboga por el concepto más tradicional de “esquizofrenia borderline”²². Lo que comparten todos estos pacientes, hayan perdido los criterios de realidad o no, son las alteraciones cognitivas, al igual que observamos en la psicosis. Según Rieder, no se puede pasar por alto que la mayoría de los autores, estén más de acuerdo en verlo como una psicosis o no, concuerdan en que los estados borderline presentan autorreferencialidad, delirios recortados, desrealización, alteraciones formales del pensamiento, suspicacia, pensamiento mágico y algún tipo de alucinación.

Por otra parte, Stone, aboga por la existencia de un continuum entre la esquizofrenia y los trastornos del afecto²³; en un extremo se encuentra la esquizofrenia franca, y en el otro, los cuadros borderline como formas atenuadas de las patologías anteriormente citadas. Para el autor, empleando el concepto de Kernberg, se abarcan

ambos dominios: el polo psicótico y el polo afectivo. Asimismo, se posiciona a favor de dividir el diagnóstico y no crear subtipos, apoyando la perspectiva defendida por Spitzer y la posibilidad del doble diagnóstico.

Kernberg se muestra en desacuerdo con la propuesta divisoria de Spitzer. Lo realmente destacable, y que da validez al diagnóstico, son las tendencias morbosas del carácter de estos sujetos²⁴. Intenta poner fin al debate de relacionar borderline con alteraciones afectivas refiriendo que, en las estructuras maniaco-depresivas los síntomas se revierten, mientras que en la psicosis y en los estados borderline la sintomatología se mantiene estable. Asimismo, se opone totalmente a la idea de mantener el concepto de esquizofrenia borderline. Defiende que aquellos autores que se encuentran a favor de mantener dicho término deberían aceptar, entonces, la existencia de un estado borderline afectivo. Sin embargo, sería de una gran confusión y de una gran dificultad establecer el modo de discernir el núcleo principal entre lo que sería el borderline general, del borderline esquizofrénico, y del borderline afectivo.

Llegamos finalmente a la propuesta de Spitzer²⁵, que es la que triunfará en la comunidad psiquiátrica, introduciéndose en el DSM III, y que se centra en dividir lo borderline en dos diagnósticos diferenciados: la personalidad esquizotípica para aquellos sujetos con presencia de fenomenología psicótica, y el trastorno de personalidad inestable (borderline) cuando prima la vulnerabilidad y la inestabilidad en lo relacional y en la identidad. Para este último, permanecerá el término borderline (posteriormente se cambiará por el término más actual de Trastorno Límite de la Personalidad), pues le critican que el concepto «inestable» entra en contradicción con el término de «personalidad» que le acompaña, ya que la personalidad se entiende como el área más estable de una persona. Efectivamente, la crítica es más que pertinente.

Spitzer se defiende de sus principales críticos, arrojando datos de su investigación, si bien, más de la mitad de la muestra empleada en el estudio cumplía criterios para ambos diagnósticos. ¿Cómo soluciona esto? Refiriendo que es posible la comorbilidad; ambos trastornos son indepen-

dientes, pero no excluyentes. De hecho, para él, lo más frecuente sería observar sujetos con ambos diagnósticos. El propio Spitzer reconoce que ambas entidades se superponen con otros trastornos de personalidad y que su trastorno esquizotípico no es más que una variante del trastorno esquizoide, pero debido a que éste es un diagnóstico que se encuentra también dentro de los desórdenes de la personalidad, su entidad esquizotípica, tampoco debería ir subsumida dentro del espectro de las esquizofrenias. Aun concluyendo que se deben realizar más investigaciones al respecto, la propuesta de Spitzer acaba imponiéndose.

3. El concepto de narcisismo

En la comunidad psicoanalítica, más concretamente en la vertiente de la *Ego Psychology*, se va gestando la idea de que la terapéutica debe ir encaminada hacia el fortalecimiento yoico, ya que es esta instancia la intermediaria entre la pulsión y las exigencias superyoicas, y es la encargada de la autorregulación psíquica. Para ello, es fundamental una buena conformación narcisista, posibilitando una buena diferenciación del yo-no yo.

Debido a este cambio terapéutico, Balint, en su obra *La falta básica*, critica la idea de la “técnica correcta”, la aspiración a protocolizar el manejo clínico, olvidándose del propio decir del paciente. Defiende que debe ser el clínico quien se amolde al paciente y no a la inversa.

Puesto que no todos los pacientes podrían internalizar o elaborar las interpretaciones de un análisis ortodoxo, propone dos tipos de niveles a tener en cuenta en los que se situarían los diferentes tipos de pacientes: el preedípico y el edípico. Por un lado, con los pacientes “edípicos” se trata de “elaborar” el material reprimido, movilizarlo desde el inconsciente hacia lo consciente. Todo lo que ocurre sucede en una relación triangular donde está presente el tercero. De tal forma que, para que todo lo previo pueda tener lugar, es del orden de lo fundamental el dominio del lenguaje. Por el contrario, en el nivel preedípico, lo anterior está ausente o se presenta a un nivel “deficitario”, siendo característico una relación a dos, donde no opera el conflicto y el lenguaje es disfuncional, primario, no verbal, por lo

que tiene más relevancia y es más predominante la exoactuación. A este nivel Balint propone llamarlo “la falta básica”²⁶.

Balint prosigue refiriendo que en las tres teorías freudianas existen contradicciones conceptuales entre lo que se ha llamado “amor objetal primario”, “autoerotismo” y “narcisismo primario”. Para el autor, Freud emplea el término yoico en dos sentidos: como una instancia primitiva o bien como una instancia más evolucionada. En un principio sitúa al ello como reservorio de la libido en la etapa del autoerotismo, pero deja sin resolver qué catectiza al yo realmente para, posteriormente, hacer uso del yo como una entidad ya consolidada que trata de dominar al ello. Varios autores postfreudianos intentaron resolver dicha contradicción sin éxito, nombrando al yo del narcisismo secundario como “la propia persona de uno” o el “sí mismo”. A este respecto, Balint refiere: “creo que es lícito afirmar que la propia persona de uno o el sí mismo son conceptos vagos y nebulosos, como carácter, personalidad, etc.; todos ellos son términos confusos y mal definidos, muy útiles para salir del paso en alguna oportunidad, pero quizás inadmisibles como vías de escape de una dificultad teórica”²⁷.

Debido a lo anterior, Balint rechaza la existencia del narcisismo primario, sustituyéndolo por la relación primaria con el ambiente o amor primario²⁸; que le llamemos relación de objeto o narcisismo primario, es cuestión de terminología. Lo importante es que esta es la etapa en la que se produce la primera pérdida. Se podría entender de la siguiente forma:

1. Nacimiento del ser hablante.
2. Amor primario, primera relación.
3. Pérdida de objeto, separación, pérdida de ese estado de armonía, perturbación con el ambiente.
4. Falta básica por esta discrepancia entre individuo- ambiente.
5. Narcisismo como proceso fundamental para empezar a construir la diferenciación (el yo-no yo), así se retira la libido que estaba puesta en el ambiente hacia su yo en desarrollo.

Observamos como la falta básica es una etapa que estaría presente en el desarrollo de todo ser



humano, si bien habría personas que se han quedado fijadas en esa etapa pregenital, no habiendo desarrollado un correcto proceso narcisista y por lo tanto de diferenciación. Para Balint serían estos pacientes los que designamos como estados borderline.

Por otra parte, otro autor que disiente con la perspectiva postfreudina en relación a la instancia yoica y la formación del narcisismo fue Jacques Lacan. En su escrito el “estadio del espejo”²⁹, expone que el yo se liga a la imagen del cuerpo. El niño, al reflejarse en el espejo y ver por primera vez su imagen completa, como una Gestalt, queda fascinado, precipitando la formación del yo. Además, el niño debe rivalizar con su propia imagen para identificarse con ella y así, posteriormente, poder identificarse con la del otro, con quien también rivaliza. La imagen propia del espejo y la imagen del otro es lo que se denomina “yo ideal”. Esto es lo que provoca la alienación imaginaria en el espejo, provocando la identificación con esa imagen ideal, pero que nunca llega a alcanzarse³⁰.

Por lo tanto, Lacan establece lo siguiente:

- a) El yo se reduce al narcisismo. No es más que una captación imaginaria.
- b) El yo nace en el mismo momento en el que nos vemos reflejados en el espejo y conformamos una imagen global y ficticia de nuestro cuerpo.
- c) Narcisismo y agresividad convergen a la vez (Freud proponía dos momentos: primero agresividad, transformada posteriormente en amor).
- d) El yo como estructura paranoica. No vemos lo que está en nosotros, sino que lo proyectamos hacia el otro.

De esta forma, el yo ideal es insuficiente, precisando del ideal del yo (estatuto simbólico): el lenguaje, lo social, la cultura y la ley. Estos rasgos se integran y median la relación imaginaria dual, permitiéndonos alojarnos en un lugar del ideal del yo que nos posibilite ser amados por nuestros otros, en la medida que respondemos como se espera a ciertas exigencias. Por lo tanto, el narcisismo es necesario para que los ideales, valores, etc. se inscriban, siendo la imagen del cuerpo la vasija donde se inscriben los pri-

meros significantes, que serán los de la madre fundamentalmente.

Si tenemos en cuenta lo previo, centrar la causa de una patología en el narcisismo no es válido. Si entendemos que éste se conforma (mejor o peor) a través de las identificaciones que desarrolla el yo, estamos hablando de una instancia imaginaria. Por lo tanto, pudiéramos concluir que el diagnóstico de borderline, que sitúa las alteraciones yoicas como la etiología del trastorno, se asienta exclusivamente en un plano imaginario, estableciendo del mismo modo transferencias imaginarias.

De este modo, surge nuestra hipótesis: En sujetos psicóticos, se trataría de no desanudar la imagen del yo ideal, que tan bien han sabido asentar; mientras que, del lado de la neurosis, antes de poder realizar un análisis, debemos conseguir que el paciente en cuestión pase del yo ideal al ideal del yo (que lo simbólico pueda establecerse con más vigor para organizar el registro imaginario).

4. Cuadro clínico de una época

Nunca antes hemos estado tan solos; remitidos a nuestro reducto libidinal tememos y anhelamos la intimidad por igual. Nunca antes hemos estado tan convencidos de que debemos autoexplorarnos, autoconocernos, pero para finalmente ignorar aquello más íntimo y singular en nosotros. Nos encontramos en el momento de la pura indiferencia. Animados a tomar multitudinarias identidades, nuestra existencia se asienta en un nivel superficial. Atravesamos una época en la que de lo que se trata es de integrar todos los polos; todo es posible bajo el precio de una indiferencia apática, de un vacío existencial, de un nihilismo melancólico, del aniquilamiento del deseo. Nada nos pertenece realmente ni pertenecemos a nada; todo pierde su substancia, todo es frívolo, todo es mutable. Bajo unos ideales impostados de tolerancia, se nos empuja (y lo aceptamos) a consumir semblantes con cada uno de los *gadgets* que acompañan a tal o cual identidad.

En palabras de Lipovetsky: “Las conciencias ya no se definen por el desgarramiento recíproco; el reconocimiento, el sentimiento de incomunicabilidad ha dejado paso a la apatía y la propia inter-

subjetividad se encuentra abandonada. Después de la deserción social de los valores e instituciones, la relación con el Otro es la que sucumbe, según la misma lógica, al proceso de desencanto. El yo ya no vive en un infierno poblado de otros egos rivales o despreciados, lo relacional se borra sin gritos, sin razón, en un desierto de autonomía y de neutralidad asfixiantes. La libertad, como la guerra, ha propagado el desierto, la extrañeza absoluta del otro. «Déjame sola», deseo y dolor de estar solo. Así llegamos al final del desierto; previamente atomizado y separado, cada uno se hace agente activo del desierto, lo extiende y lo surca, incapaz de vivir el Otro. No contento con producir el aislamiento, el sistema engendra su deseo, deseo imposible que, una vez conseguido, resulta intolerable: cada uno exige estar solo, cada vez más solo y simultáneamente no se soporta a sí mismo, cara a cara. Aquí el desierto ya no tiene ni principio ni fin³¹.

Si recordamos, el narcisismo es un proceso necesario para el reconocimiento del otro, siendo tal reconocimiento el que me permite reconocerme a mí mismo. El niño debe retirar la libido de los objetos y redirigirla a sí mismo, quedando su imagen real e imaginada alienadas por el yo ideal. Es el tiempo de la instauración de la ley de castración, de enfrentarse a las exigencias y valores del entorno para construir el ideal del yo. Por lo tanto; ¿qué efectos comporta para la clínica una época subyugada por el objeto, ensalzándolo como único valor posible por el discurso capitalista?

Nuestra hipótesis apunta a cómo los ideales imperantes en cada época, presentes en lo social, influyen a las subjetividades. Se precisa perder o ceder algo para introducirse en lo social, existiendo un límite en la propia satisfacción. Si la época actual se caracteriza por un empuje al exceso, donde todo se puede, hay una dificultad para asumir la pérdida. A esto se le suma el declive de la palabra y la reflexión. Así, los síntomas más comunes adscritos a la categoría actual de TLP (anorexia, bulimia, cortes en el cuerpo, adicciones...) serían formas de manejar una angustia que se torna insoportable para los sujetos contemporáneos.

De esta manera, los estados borderline, patología del acto por excelencia donde existe gran

confusión identitaria, ¿no pudieran tratarse de neurosis de época? Sujetos alienados a principios imaginarios, con identidades vaporizables, fluidas, mutables, que no permiten dar paso a un ideal del yo fuerte. Por otra parte, del lado de la psicosis ¿y si nos enfrentamos a locuras “normalizadas” que bajo los ideales de época pudieran pasar más desapercibidos que antes? Es decir, que amoldándose a la multitud de identidades que circulan por doquier en nuestra época, se aferran a algo frágil pero que anuda, que no los deja tan a cielo abierto.

5. Conclusiones

El debate acerca de si lo borderline es una entidad clínica por derecho propio permanece inconcluso. No se ha resuelto lo concerniente al afecto, si se trata de psicosis discretas o simplemente es un conjunto de síntomas agrupados de manera forzosa para darle cierta consistencia.

Hemos explicado que no se puede realizar un diagnóstico considerando solamente el proceso narcisista y la formación del yo. No podemos olvidar que vivimos en relación con otros, que los ideales imperantes del momento tienen un efecto en las manifestaciones clínicas de los sujetos contemporáneos. Debemos alojar los discursos subjetivos que nos permiten, a través de la escucha del decir particular de cada paciente, tener un conocimiento lo más riguroso posible acerca del síntoma que genera sufrimiento y malestar en cada uno de nuestros pacientes; asunto de mayor importancia para nosotros.

Finalizamos con una cita de Javier Carreño y Kepa Matilla de un artículo aparecido en la revista “El Psicoanálisis” que trata de la patología borderline como fenómeno contemporáneo: “la clínica del síntoma se ha tornado la clínica del acto, donde sujetos incapaces de simbolizar su acontecer diario y los impasses de su subjetividad son empujados a un continuo acto casi desasido de formalización alguna. Esta clínica actual del malestar en la cultura desubjetivada y de imperativo neoliberal crea sujetos que encajan como un guante en lo que hemos llamado locura normalizada o psicosis ordinaria [...] Son estos sujetos, muchos de ellos neuróticos pero fragilizados, sostenidos en identificaciones de ocasión y con un lazo con el otro totalmente



precario. Son, en definitiva, neurosis ordinarias o cotidianas, no psicosis, que exigen, como hemos apuntado, un nuevo posicionamiento durante los primeros impasses adecuado a los

tiempos que corren, hasta que poco a poco puedan desplegar una historia por la que nunca se hubieran preguntado”³².

Contacto

Zoe Vázquez Mata ☎ 644 351 299 ✉ zvazquezmata@gmail.com
Hospital Universitario José Germain • c/ Cáceres 13 2º J • 28045 Madrid

Bibliografía

1. Alexander, F., “The neurotic character”. *The International Journal of Psychoanalysis*, nº 1, 1930, págs. 292-11.
2. Deutch, H., “Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia”. *Psychoanal. Quart.*, vol. 11, 1942, págs. 301-321.
3. Zilboorg, G., “Ambulatory Schizophrenias”. *Psychiatry*, nº4, 1941, págs. 149-155.
4. Hoch, P. y Polatin, P., “Pseudoneurotic forms of schizophrenia”, *Pshychiat. Quart.*, nº23, 1949, pág. 250.
5. Idem.
6. *Ibíd.*, p. 251.
7. *Ibíd.*, p. 253.
8. *Ibíd.*, p. 252.
9. Knight, R., “Borderline States”. *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol.17, nº 1, 1953, págs. 1-11.
10. *Ibíd.*, pág. 1.
11. *Ibíd.*, pág. 3.
12. Kernberg, O. F., *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Barcelona, Paidós, 1979, pág. 21.
13. *Ibíd.*, págs. 23-26.
14. *Ibíd.*, págs. 34-40.
15. Kohut, H., *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, España, Amorrortu, 2015.
16. Schmideberg, M., “The Treatment of Psychopatics and Borderline Patient”, *American Journal of Psychotherapy*, 1(1), 1947, págs. 45-70.
17. Schmideberg, M., “The Borderline Patient”, en S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry*, vol.1, Nueva York, Basic Books, 1959, págs. 398-416.
18. Klein, D.F., “Pharmacological Treatment and Delineation of Borderline Disorders”. In Hartocollis, P., ed. *Borderline Personality Disorders: The Concepts, The Syndrome, The Patient*. New York, International Universities Press, 1977. Op. Cit., pág. 379.
19. Akiskal, H.S., “Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the Borderline Realm”. *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 4, nº 1, 1981, págs. 25-46.
20. Liebowitz, M. R., “Is Borderline a Distinct Entity?” *Schizophrenia Bull.*, vol.5, nº 1, 1979, págs. 23-28.
21. Siever, L. J., and Gunderson, G. J., “Genetic Determinants of Borderline Conditions”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 59-86
22. Rieder, R. O., “Borderline Schizophrenia: Evidence of Its Validity”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 39-45.
23. Stone, M., “Assesing Vulnerability to Schizophrenia or Manic-Depression in Borderline States”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 105-110.
24. Kernberg, O.F., “Two Reviews of The Literature on Borderlines: An Assesment”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 53-58.
25. Spitzer, R. L. and Endicott, J., “Justification for Separating Schizotypal and Borderlines Personality Disorders”. *Schizophrenia Bull.*, vol. 5, nº 1, 1979, págs. 95-104.

26. Balint, M., *La Falta Básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*, Barcelona, Paidós, 1993, pág. 29.
27. *Ibíd.*, págs. 57-59.
28. *Ibíd.*, pág. 83.
29. Lacan, J., “El estadio del espejo como formador de la función del yo tal y como se nos revela en la experiencia analítica”. *Escritos*, vol. 1, Madrid, Siglo Veintiuno Editores, 2013, págs. 99-105.
30. Nasio, J. D., *Enseñanza de 7 Conceptos Cruciales del Psicoanálisis*, Barcelona, Gedisa, 1996.
31. Lipovetsky, G., *La era del vacío*, Barcelona, Anagrama, 2019, Op. Cit., págs. 47-48.
32. Carreño, J. y Matilla, K., “Sobre lo Ordinario en la Clínica de la Psicosis y la Neurosis”. *El Psicoanálisis*, octubre, 30/31, 2017, Op. Cit., pág. 132.

- Recibido: 07/05/2021.
- Aceptado: 09/06/2021.



PRE-OCUPACIONES

Cuidados para quienes cuidan.

Care for those who care.

Miren Viña.

Trabajadora social. Bilbao.

Resumen: Este trabajo consiste en la propuesta de un nuevo servicio para empleados y voluntarios de un hospital de cuidados paliativos. Debido a diversos factores, el ambiente laboral del hospital no es todo lo bueno que pudiera ser. Desde hace años se ha ido enrareciendo el ambiente, habiendo discrepancias entre equipos, incluso entre compañeros de los mismos equipos. La experiencia con la gestión del voluntariado me lleva a pensar que un servicio de coaching para los empleados y voluntarios sería de gran ayuda en cuanto a mejorar el clima laboral y la relación entre voluntarios y empleados. La relación entre estos dos grupos ha mejorado mucho gracias al trabajo realizado con ellos, de concienciación de la importancia del trabajo de los demás, de poner en valor la necesidad de trabajar en equipo y recordar que el objetivo común es el bienestar de los pacientes y residentes de la Institución, mediante la labor de todos y cada uno de nosotros. En este servicio se incluye formación en Inteligencia emocional, de forma que, tanto el personal como los voluntarios, sepan gestionar el contacto con el sufrimiento humano sin que les suponga un coste personal y sepan trabajar en equipo dejando de lado las cuestiones personales.

La prestación gratuita de este servicio supondría una mejora en el personal al constatar que la Institución se preocupa por su bienestar, dedicando un recurso a sus dificultades laborales y personales, extendiendo la idea de humanización de la salud que se plasma en los planes estratégicos del hospital no solo a los pacientes, sino a todas las personas que contribuyen a su cuidado.

Palabras clave: Coaching, Inteligencia emocional, PNL, clima laboral, cuidados paliativos.

Abstract: This work consists of proposing a new service for employees and volunteers of a hospice palliative care. Due to various factors, the hospital work environment is not as good as it could be. For years the atmosphere has become rarefied, with discrepancies between teams, even between teammates on the same teams. Experience with volunteer management leads me to think that a coaching service for employees and volunteers would be of great help in terms of improving the work environment and the relationship between volunteers and employees. The relationship between these two groups has improved a lot thanks to the work carried out with them, awareness of the importance of the work of others, highlighting the need to work as a team and remembering that the common goal is the well-being of patients and residents of the Institution, through the work of each and every one of us. Training in Emotional Intelligence is included in this service, so that both staff and volunteers know how to manage contact with human suffering at no cost to them and know how to work as a team, leaving aside personal issues.

The free provision of this service would mean an improvement in the staff when verifying that the Institution cares about their well-being, dedicating a resource to their work and personal difficulties, extending the idea of humanizing health that is reflected in the strategic plans of the hospital not just patients, but everyone who contributes to their care.

Key words: Coaching, Emotional Intelligence, working environment, palliative care.

Este trabajo pretende realizar una propuesta de servicio en un hospital de Cuidados Paliativos. La entidad en la que se basa la propuesta de implantación de un nuevo servicio es una entidad sin ánimo de lucro, un hospital privado, concertado con el sistema público de salud, que cuenta también con una pequeña unidad residencial en la que viven personas con un pronóstico de vida más amplio que los pacientes de la Unidad de Paliativos. Los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos suelen tener una estancia media de 25 días. Los residentes de la Unidad de Dependencia Funcional padecen enfermedades neurodegenerativas o daño cerebral adquirido, por lo que no pueden tener tratamiento terapéutico enfocado a la mejora ni pueden permanecer en sus domicilios, debido a las necesidades socio sanitarias que presentan, aunque su esperanza de vida suele ser de varios años. Además, el perfil social es complicado, ya que ninguno de ellos tiene suficiente apoyo social, bien sea porque no hay familia, porque la familia no proporcione ningún soporte o porque, a pesar de que lo intenten, no pueden (padres mayores, hermanos con otras cargas familiares, etc.).

El servicio propuesto consiste en sesiones gratuitas de coaching para los empleados y voluntarios del hospital, así como formación en Inteligencia Emocional.

El desgaste que produce el contacto continuo con el sufrimiento humano es un factor importante que puede generar *burn out*, por lo que resulta imprescindible un alto grado de autocuidado para poder enfrentar la muerte y el dolor en el día a día.

El voluntariado en este hospital está presente desde que inició su andadura en cuidados paliativos, y en un principio, parecía que la integración estaba siendo exitosa. Con el paso de los años, ocurrió lo mismo que con el resto del personal, existían conflictos entre personal y voluntariado e incluso entre los mismos voluntarios, manifestando los primeros sus recelos porque les pudieran quitar el trabajo y la sensación de no ser valorados los segundos. También se producían con demasiada frecuencia situaciones en las que se ponía de manifiesto la falta de conocimiento de límites en cuanto a la labor que ejercen los voluntarios, tanto por un lado como por otro, con actuaciones que excedían lo adecuado

de la práctica de voluntariado por parte de los voluntarios, como por las demandas que se les hacía a los mismos por parte del personal.

En los últimos años, esta relación ha mejorado mucho, siendo residuales los choques entre ambos colectivos. Este logro ha sido fruto de mucho trabajo de mediación entre los dos grupos, intentando que los unos se pusieran en el lugar de los otros y demostrando que todos sumamos y tenemos algo que aportar, sin entrar a valorar qué aportación es más valiosa, ya que no es cuantificable. Fue también importante la labor de concienciación entre los empleados de lo que significa el voluntariado y la clarificación de que es lo contrapuesto a la usurpación de un puesto de trabajo, hay tareas que no son propias del voluntariado, sino del personal, y el voluntariado no es mano de obra gratis, sino que aporta un plus de atención humana a los pacientes y residentes, dedicando el tiempo que estos necesitan para hablar, desahogarse y sentirse mejor. Respecto al voluntariado, también se trabajó mucho este aspecto, resolviendo cualquier duda al respecto y proporcionando formación adecuada y continua a los voluntarios en las tareas que tienen que hacer, que es la labor de acompañamiento y no la asistencial ni mediación familiar o apoyo psicológico. Asimismo, es importante hacer seguimiento constante y supervisión de su labor y, al tiempo, estar disponibles para resolver cualquier duda o incidencia que surja.

Objetivos

Objetivo General: Mejorar el clima laboral mediante la consecución de mayor motivación para los empleados y voluntarios del hospital.

Objetivos Específicos: Aumentar el sentimiento de pertenencia del personal hacia la empresa y el bienestar de los trabajadores; Mejora de la relación entre voluntariado y empleados; Conseguir un aumento en el grado de inteligencia emocional en los empleados y voluntarios.

Metodología

Los resultados obtenidos con esta gestión del voluntariado y de los conflictos acaecidos entre voluntarios y personal, me hacen creer que un servicio de Coaching, donde las personas sientan que son importantes para la empresa y que

alguien los acompaña, les ayuda a conseguir sus objetivos en la vida y a cambiar la visión de la situación, pudiera ser beneficioso para el clima laboral. A la situación que se ha vivido de cambio en el clima laboral, añadimos el estrés de los últimos meses que ha padecido el personal debido a la COVID19. La propuesta de este servicio es una apuesta por la mejora del bienestar del personal y, por ende, de los pacientes. Para confirmar esta teoría, pedí a la colaboración de los/as compañeros/as mediante un cuestionario al que respondieron un total de 51 personas. Los resultados de dicho cuestionario reforzaron mi creencia de lo positivo que resultaría este servicio.

El estado de bienestar emocional del personal incide directamente en la atención que se proporciona a pacientes y familias, por lo que, si no es adecuado, la atención a pacientes tampoco lo será. Desde el coaching se trabaja con las preguntas “qué hacemos, para qué lo hacemos y por qué lo hacemos”. En el ámbito socio sanitario, como en cualquier profesión de relación de ayuda, estas preguntas cobran todavía más sentido que en ningún otro.

Marco Teórico

En la práctica del Coaching podemos encontrar varias modalidades, distintas formas de acompañar el proceso del coacheé. En este caso las herramientas elegidas son la PNL (Programación Neuro Lingüística) y la Inteligencia emocional. Si en algún ámbito es necesaria una cierta cuota de inteligencia emocional es precisamente en el trabajo con personas, ya que se dan todo tipo de situaciones y reacciones y es necesario entender por qué y tener flexibilidad suficiente para poder encontrar las soluciones a los problemas o situaciones complicadas que se presentan en el día a día.

Inteligencia Emocional

En palabras de Francisco Mora “la emoción es ese motor que todos llevamos dentro, es una energía codificada en ciertos circuitos neuronales localizados en zonas profundas de nuestro cerebro, que nos mueve y nos empuja a vivir” (Mora, 2012). Con esta definición de emoción, buscaremos ahora la definición de Inteligencia Emocional. Hay muchos autores, investigadores y científicos que han definido y descrito este

concepto. De todos ellos, citaré los más relevantes. Empezando por un entorno cercano, Eduard Punset la describe como “a grandes rasgos, la inteligencia emocional es la habilidad para tomar conciencia de las emociones propias y ajenas, y la capacidad para regularlas”.

Para Salovey y Mayer (2002), la inteligencia emocional es “un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno”.

Daniel Goleman, cuyo libro hizo popular el término, la define como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones”.

Durante muchos años, cuando se hablaba del concepto de inteligencia, solo se contemplaba el Cociente Intelectual (CI). Los primeros test de medida del CI comenzaron a utilizarse en Francia, de la mano de Alfred Binet y Theodore Simon. Este marco no daba una explicación a por qué personas que tenían un alto CI no podían disfrutar de una vida exitosa, sino que acumulaban fracasos, mientras que otros cuyo CI era muy inferior conseguían las metas que se habían propuesto, logrando una vida profesional y personal plena y llena de éxitos.

Tipos de inteligencia

En 1920, Thordike describe la habilidad de comprensión y motivación a otros mediante la inteligencia emocional. En 1983 Howard Gardner, profesor de la Universidad de Harvard, amplía el concepto de inteligencia, exponiendo su Teoría de las Inteligencias múltiples. Para Howard la inteligencia no es un conjunto unitario que agrupe diferentes capacidades específicas, sino una red de conjuntos autónomos interrelacionados entre sí.

Hasta la fecha, Howard Gardner y su equipo de la Universidad de Harvard han identificado ocho tipos de inteligencia distintos: lingüístico-verbal, lógico-matemática, visoespacial, musical, corporal-kinestésica, intrapersonal, interpersonal y naturalista.

- Lingüística (o verbal-lingüística): comprensión de palabras y uso del lenguaje, capacidad

para utilizarlo de forma efectiva (por ejemplo: periodistas, escritores, etc.).

- **Lógico-matemática:** tareas que requieren la lógica, propia de los científicos.
- **Espacial:** Capacidad de crear imágenes mentales a partir de la experiencia visual y cálculo de volúmenes, pensar en tres dimensiones (arquitectos, jugadores de ajedrez, etc.).
- **Corporal (o kinestésica):** Habilidad de utilizar el cuerpo para aprender y para expresar ideas y sentimientos. Incluye el dominio de habilidades físicas como el equilibrio, la fuerza, la flexibilidad y la velocidad (por ejemplo: bailarines, deportistas, etc.).
- **Musical:** Habilidad de saber utilizar y responder a los diferentes elementos musicales (músicos, cantantes...).
- **Intrapersonal:** Comprender los propios sentimientos, motivaciones, emociones y deseos, capacidad de organizar y dirigir su propia vida (filósofos, por ejemplo).
- **Interpersonal (o social):** Habilidad de comprender los estados de ánimo de los demás, sus deseos y motivaciones, así como sus acciones.
- **Naturalista:** Habilidad para reconocer el entorno natural y comprenderlo.
- **Existencial:** interés en cuestiones filosóficas, sentido de la vida, etc.

Fue con la publicación del libro “La Inteligencia Emocional” (1995) de Daniel Goleman (psicólogo y redactor del periódico New York Times), cuando el concepto se difundió rápidamente. Este libro supuso un récord de ventas. Según Goleman, la Inteligencia Emocional, siempre está relacionada con un conjunto de habilidades que se basan en la capacidad de reconocer los sentimientos propios y ajenos para que sirvan de guía al pensamiento y a la acción, como por ejemplo la capacidad de automotivarse, de superar decepciones, demostrar empatía, etc. Estas habilidades se utilizan en diferentes grados según el tipo de tarea que se lleve a cabo.

Claves de la Inteligencia Emocional

- **Autoconocimiento:** conocer el estado de ánimo propio, identificar las emociones. Conocer las fortalezas y debilidades propias.

- **Autorregulación:** capacidad para controlar las emociones y los impulsos, saber controlar el estrés y las tensiones.
- **Automotivación:** capacidad para conseguir metas y objetivos, tener capacidad de tolerancia a la frustración, no rendirse ante la adversidad, etc.
- **Empatía:** saber reconocer las emociones ajenas y tratar a las personas según su estado.
- **Habilidades sociales:** saber crear relaciones con otras personas, capacidad para tener una buena comunicación con los demás.

“En una sociedad básicamente urbana como es la nuestra, el control emocional, la empatía y el manejo de las relaciones sociales son fundamentales”. Según Goleman, estas cualidades son responsables en un 80% del éxito afectivo, social y laboral de una persona en tanto que al C.I. solo correspondería un 20%. Según este autor, “a diferencia de lo que ocurre con los test habituales de CI, no existe un solo test de papel y lápiz capaz de determinar “el grado de inteligencia emocional”. Aunque se ha llevado a cabo una amplia investigación de los elementos que componen la inteligencia emocional, algunos de ellos (como la empatía, por ejemplo) solo pueden valorarse poniendo a prueba la habilidad real de la persona para ejecutar una tarea específica, como por ejemplo el reconocimiento de expresiones faciales ajenas grabadas en vídeo.

No debemos olvidar que las emociones también tienen un efecto importante en la salud física. Está comprobado que la ansiedad y el estrés elevan la tensión sanguínea o debilitan el sistema inmunológico. De ahí la importancia de incorporar educación emocional en los ámbitos educativos y laborales.

Programación Neurolingüística

La segunda herramienta para la prestación de este servicio de coaching es la Programación Neurolingüística. La PNL surgió en los años 70, cuando John Grinder y Richard Bandler llevaron a cabo un estudio de investigación sobre los exitosos resultados de tres terapeutas de la época, que eran Fritz Perls (creador de la psicología gestáltica), Virginia Satir (terapia familiar) y Milton Erickson (hipnoterapeuta). Estos terapeutas

tenían un porcentaje altísimo de éxito entre sus pacientes y el objetivo del estudio era identificar los patrones comunes a los tres, explicarlos y mostrárselos a otros terapeutas con el fin de que reprodujesen los mismos resultados. La consecuencia fue la identificación de un patrón lingüístico común a los tres terapeutas, a pesar de que presentaban grandes diferencias entre ellos.

El nombre de PNL proviene de tres conceptos:

- **PROGRAMACION:** La PNL se ocupa del estudio de nuestra organización mental respecto a las experiencias sensoriales y lingüísticas, de forma que consigamos el objetivo propuesto. Si conocemos la forma de estructurar el pensamiento, emoción o comportamiento, podremos desprogramarlo y volver a programar para ser más eficientes en el logro del objetivo en cuestión.
- **NEURO:** Nuestras experiencias se basan en procesos neurológicos y a través de los sentidos (vista, oído, cinestesia, olfato y gusto). La conducta es el resultado de uno o varios procesos neurológicos a través del procesamiento de sensaciones.
- **LINGÜÍSTICA:** El lenguaje es nuestro medio de comunicación. Es un proceso, con una secuencia y un orden establecido. Las sensaciones, es decir, los procesos neurológicos, se codifican a través de las palabras.

Un error habitual en las personas es creer que los demás ven el mundo y piensan como nosotros. La PNL nos ofrece la oportunidad de entender que no es así, que la realidad es la misma para todos, pero lo que hace la diferencia es la interpretación que cada uno de nosotros hace de ella.

Las presuposiciones de la PNL son las siguientes:

- El mapa no es el territorio, es decir, cada uno de nosotros tiene un mapa (interpretación) distinto de la realidad (el territorio). Percibimos el mundo a través de nuestros sentidos y lo organizamos según lo percibimos.
- No existen los fracasos, solo los resultados.
- Toda conducta tiene una intención positiva para quien la ejerce y toda conducta es útil en algún contexto.

- Las conductas y la persona no son lo mismo, las conductas son consecuencia de su aprendizaje. Podemos aceptar a la persona y no a su conducta.
- Todo el mundo tiene recursos para cualquier situación, aunque se pueden dar situaciones sin recursos (no personas sin recursos).
- Todas nuestras representaciones son realizadas a través de informaciones captadas por los canales sensoriales (visual, kinestésico y auditivo).
- Un elevado porcentaje, de la comunicación es no verbal.
- La persona con mayor flexibilidad será la que finalmente dirigirá la acción en ese momento y situación.
- Si continúas haciendo lo que siempre has hecho, no llegarás más allá de donde siempre has llegado, para conseguir distintos resultados hay que cambiar la acción.

Las creencias son uno de los niveles lógicos que nos muestra Robert Dilts (2013) en su trabajo, a raíz del de los niveles lógicos de Bateson. Son la base para detectar el mejor momento para conseguir el cambio o aprendizaje en una persona. Según Bateson, hay cinco niveles de aprendizaje, el nivel 0 no produce cambios, se da en el entorno y es estímulo- respuesta, de forma automática. El nivel I implica un cambio en el comportamiento, de forma lenta y gradual. En el nivel II se produce un cambio más rápido porque se reinterpreta el contexto. En el nivel III ya se cambian las creencias y valores, se produce un salto en el aprendizaje, incluso un cambio en la identidad. El último nivel genera un cambio en el sistema y se da un cambio de paradigma.

Con este sistema de cambios, Robert Dilts aporta sus niveles, que conceptualizó en la década de los 80:

1. El entorno: dónde estamos, los factores externos, sociales, familiares, culturales, espacios, el mapa que no depende de nosotros.
2. Las conductas: las respuestas a situaciones específicas.
3. Las capacidades: las habilidades, cualidades, programaciones mentales, etc.

4. Las creencias y valores: son dinámicos, van cambiando y evolucionando a lo largo de la vida. Es la base de nuestra conducta.
5. La identidad: quiénes somos.
6. La espiritualidad: el sentido de nuestra vida, a qué pertenecemos.

Se basa en saber que se desconoce la realidad de la persona, es decir, no presuponer nada, sino obtener la información mediante las preguntas adecuadas.

El metamodelo nos brinda una serie de herramientas, como el reencuadre, muy utilizado en PNL por su eficacia. Son muy útiles en esta práctica las metáforas, ayudan a recontextualizar de una forma más sencilla.

Hay dos marcos, según Dilts, para utilizar esta técnica. Uno es el marco problema, en el que las preguntas se enfocan en el problema en cuestión: ¿qué es lo que está mal?, ¿cuál es la causa del problema?, ¿por qué esto supone un problema? Y otro es el marco objetivo que se centra en la solución: ¿cuál es mi objetivo?, ¿cómo puedo conseguirlo? ¿con qué recursos cuento?, ¿qué puedo aprovechar de esta situación? En la segunda opción, el marco objetivo, salimos del bloqueo que nos produce el problema y dejamos de estar estancados para avanzar en la búsqueda de soluciones.

No podemos olvidarnos en este punto de otra herramienta importante, las visualizaciones. Consiguen un cambio en la conducta, la persona al visualizar lo que desea, activa sus recursos para conseguirlo. Para aplicar todas estas herramientas, el coach debe conocerlas a fondo y, además, poseer la habilidad de generar *rapport*, que es la capacidad de generar confianza en la otra persona. Para ello, la primera actitud es la de la escucha activa, es fundamental. También tendrá que calibrar, es decir, averiguar el estado interno de la otra persona mediante la interpretación del lenguaje, incluso de las formas más sutiles.

El modelo Walt Disney es otra técnica realmente útil. Lo primero es decidir cuál es el problema u objetivo. Una vez decidido, se utiliza la postura del soñador, se lleva a cabo tormenta de ideas, se buscan vías para lograrlo sin juzgarlas, es

momento de creatividad, no de evaluar. Se hacen preguntas sobre el propósito, beneficios, cuándo habrá resultados, etc. Se trata de buscar alternativas sin entrar a analizar su viabilidad. Una vez hecho esto, se pasa a la postura del realista. Es una postura más analítica, se organizan las ideas, se comienza a decidir qué es lo que se hará primero, quién lo hará, etc. Cuando se termina esta fase, llega la postura del crítico. Esta postura es mucho más analítica que la anterior, se busca lo que falta en el plan, cómo puede afectar en sentido positivo y negativo, a quién, etc. Una vez acabada esta fase, se reinicia el proceso.

Propuesta implantación de servicio de coaching

Cuestionario

Para saber si existía interés en esta propuesta, les pedí a los/as compañeros/as que responderían un cuestionario con el fin de medir el clima laboral y conocer su opinión respecto a si consideraban útil un servicio de coaching en la empresa y, en caso de que la respuesta fuera afirmativa, saber si lo solicitarían. Contestaron un total de 51 personas en el plazo de dos semanas. Las respuestas fueron las siguientes (al lado del número de evaluación, del 1 al 5, aparece el número de respuestas a esa puntuación):

En base a estas respuestas se puede deducir que un servicio de coaching gratuito despierta bastante interés entre los empleados, ya que el número de respuestas que afirman que están “totalmente de acuerdo o bastante de acuerdo” suman 30 y hay otras 11 que suponen “de acuerdo”, proporcionando una amplia mayoría de respuestas favorables a la implantación de este servicio. También son positivas la mayoría de las respuestas respecto a si un servicio de coaching ayudaría al crecimiento personal y/o profesional.

Sesiones de Formación en Inteligencia Emocional

Para facilitar la asistencia del personal se realizarán en horario laboral, si no coincidieran las sesiones con ese horario (por ejemplo, el personal que trabaja en turnos de noche) se les compensarán esas horas.

Metodología de la formación:

Sesiones presenciales en grupos reducidos. No considero motivador la asistencia obligatoria, por lo que, al menos en el periodo de pilotaje, será voluntaria. Estas formaciones no suelen ser eficaces si no existe una voluntad por parte de los asistentes, no ya de aprender, sino al menos, de mostrar una cierta predisposición a conocer el tema.

La formación se imparte en cinco sesiones, que comienzan siempre con ejercicios de respiración y relajación.

1. La primera sesión tendrá como inicio la conceptualización de la Inteligencia emocional, función de las emociones, tipos de emociones, proceso emocional básico. El objetivo en esta sesión es identificar emociones, reconocer esa emoción, valorarla, observar y analizar la situación, evaluar la emoción respecto de la situación y aprender a expresar esa emoción de forma funcional.
2. La segunda sesión tratará del auto concepto y autoestima, con el objetivo de aprender a conocerse a sí mismos y a lograr un grado alto de autoestima.
3. En la tercera sesión nos ocuparemos de la motivación, mediante el análisis de fortalezas y debilidades, facilitadores emocionales, planteamiento de objetivos realistas, cómo convertir la adversidad en oportunidad.
4. Continuaremos en la cuarta sesión con las habilidades sociales, el impacto que tiene en los demás la conducta propia y cómo mejorar nuestras relaciones con los demás. Se trabajarán dos cuestiones, la asertividad y la comunicación.
5. Terminaremos con la quinta sesión dedicada a la empatía. En este punto se pasará un cuestionario de evaluación para valorar la efectividad de la formación, permitiendo corregir lo que fuera necesario para futuras sesiones.

La duración de las sesiones será aproximadamente de tres horas. En todas las sesiones se propondrá la realización de trabajo personal fuera de este tiempo de formación, siendo voluntario, pero insistiendo en que sin ese trabajo personal no se conseguirá el objetivo deseado.

Una vez acabadas las sesiones de formación, se pasa al siguiente nivel, que son las sesiones de coaching individuales. Se llevan a cabo fuera del horario laboral, y los empleados quienes solicitarán de forma voluntaria el servicio.

Sesiones de Coaching

Las sesiones se harán en un despacho cerrado, de modo que se asegure la privacidad. El coach informará al coacheé de lo que supone el proceso de coaching y resolverá cualquier duda que éste tenga para no generar falsas expectativas y dejar claro en qué ayuda este proceso y qué es lo que no se puede hacer y/o solucionar a través del coaching. No se llega a un proceso de coaching porque la persona no tenga recursos para salir adelante o porque ha fracasado y hay que conseguir que el coacheé lo perciba así. Por supuesto quedará claro que todo lo que se hable en las sesiones será estrictamente confidencial. El coach tendrá siempre presentes los principios de funcionalidad, legalidad, moralidad y responsabilidad.

Para la toma de conciencia se pueden utilizar varias herramientas: el reencuadre, la confrontación o la observación, dependiendo de cuál sea el punto de partida del coacheé. Si el coacheé llega a la consulta sin saber exactamente qué es lo que necesita trabajar o cuál es su objetivo, podemos utilizar la rueda de la vida. Una vez identificadas las áreas sobre las que hay que trabajar, pasaremos a puntuar el tiempo que el coacheé dedica a cada una de esas áreas, de forma que tome conciencia de lo que es importante para él/ella y el esfuerzo que le dedica.

El planteamiento de las sesiones, en general, sería el siguiente:

1. Analizar el punto de partida o situación en la que se encuentra el coacheé
2. Identificar de forma clara los objetivos que desea conseguir. Deben de ser claros, cuantificables y concisos.
3. Encontrar los limitantes que le han impedido llegar a esa situación deseada (creencias irracionales, miedos, hábitos, automatismos, etc.).
4. Establecer el plan de acción y ser conscientes de los compromisos que ello conlleva. Reflejará

las estrategias a seguir, los pasos intermedios, responsables del mismo y coste-beneficio de cada paso.

5. Seguimiento para comprobar los avances y corregir lo necesario.
6. Evaluación del plan. Evaluar si hay que replantear algún paso, elaborar otro plan o dar por concluido el proceso si ha sido exitoso.

A lo largo de las sesiones se revisará el proceso, así como si se producen avances. La experiencia indica que en seis sesiones se suele llegar a una situación

de notable mejoría, lo habitual es que como mucho se necesiten diez sesiones, doce como máximo en los casos más complicados. El coacheé cuenta con el potencial suficiente para conseguir sus metas, la labor del coach es la de acompañar en este proceso y proporcionar herramientas.

En un momento tan difícil para los profesionales del ámbito sociosanitario, necesitan más que nunca el respaldo y apoyo de sus empleadores, es el momento más adecuado para cambiar las dinámicas de las empresas y comenzar a cuidar a los que cuidan.

Contacto

Miren Viña 📞 633 892 080 ✉️ miren.v@hotmail.com

Bibliografía

1. Binet A y Simon T. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, Escala Binet-Simon. Exposiciones Virtuales Complutenses, <http://bibliotecaexposiciones.ucm.es/items/show/1495>.
2. Dilts R. (2013). *Cómo cambiar las creencias con la P.N.L.* Editorial Sirio.
3. Gardner H. (1983): *Frames of Mind. The Theory of Multiple Intelligences*. Nueva York, Basic Books.
4. Goleman D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
5. Mora F. (2012) Capítulo 1: ¿Qué son las emociones? ¿Cómo educar las emociones? La Inteligencia Emocional en la infancia y la adolescencia. Espluges de Llobregat Barcelona, Hospital San Joan de Deu.
6. Observatorio de la salud de la infancia y la adolescencia, San Joan de Deu (2012). *Cómo educar las emociones*, FAROS. Barcelona.
7. O'Connor J, Seymour J. (1992). *Introducción a la PNL*. Editorial Urano.
8. Pérez Asesio M. (2012). Aportaciones de la PNL a la educación emocional. *Avances en Supervisión Educativa*, 18.
9. Salovey P, Mayer JD, & Caruso D. (2002). *The positive psychology of emotional intelligence*. In C.R. Synder & S. López (eds.): *Handbook of positive psychology* (pp. 159-171). New York: Oxford.
10. Tay Guzmán R E. (2010). *La inteligencia emocional en la empresa*. Bogotá: Ediciones Fundel.
11. Thordike E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*. 40. 227-235.

- Recibido: 10-01-2021
- Aceptado: 29/05/2021.

¿Un nuevo sistema de robo de niños institucionalizado en España? Estudio sobre la indefensión de los padres a defender la custodia de sus hijos en casos de guardia y custodia. Revisión de casos.

A new system of child theft institutionalized in Spain? Study on the helplessness of parents to defend the custody of their children in cases of guard and custody. Case Review.

M^a Elena Crespo Arce.

Jurista, Magistrada suplente. Tribunal Superior de Justicia de La Rioja.

Fernando Pérez del Río.

Psicólogo. Profesor de la Universidad de Burgos.

Iñaki Markez Alonso.

Psiquiatra. Ekimen Elkarte. Bilbao.

Resumen: El objetivo de este estudio es poner en evidencia el desamparo de los padres en relación a la recuperación de la custodia de sus hijos.

En este estudio se analizan 40 casos de toda España en los que, habiendo presentado informes psicológicos, psiquiátricos o de trabajadores sociales donde se afirma de forma sucinta que los padres son aptos para cuidar a sus hijos y que no había razones para retirarles la guarda y custodia, finalmente perdieron la custodia de sus hijos. Se realizaron 40 entrevistas en profundidad con las familias a las que se les retiró la guarda y custodia de sus hijos.

Concluimos que los padres a los que se retira la custodia no tienen herramientas y las pocas que tienen, como pueden ser los informes psiquiátricos y psicológicos no suelen ser tenidos en cuenta provocando una clara indefensión ante el sistema.

Palabras clave: informes psiquiátricos y psicológicos, procesos de custodia, protección de menores, Código Civil, desamparo.

Abstract: The objective of this study is to highlight the helplessness of parents in relation to the recovery of custody of their children.

This study analyzes 40 cases from all over Spain in which, having presented psychological, psychiatric or social worker reports where it is succinctly stated that parents are fit to take care of their children and that there were no reasons to withdraw custody of them,



they finally lost custody of their children. 40 in-depth interviews were conducted with families who had their children taken away from custody.

We conclude that the parents who are removed from custody do not have tools and the few they have, such as psychiatric and psychological reports, are not usually taken into account, causing a clear defenselessness before the system.

Key words: psychiatric and psychological reports, custody processes, child protection, Civil Code, helplessness.

Introducción

Los menores atendidos por el sistema de protección fueron 47.493 en el año 2017 y los acogimientos residenciales fueron de 17.527 menores en ese año, según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018).

El primer problema lo encontramos en la propia Declaración de Desamparo. La definición de desamparo la hallamos en el párrafo segundo del artículo 172.1 del Código Civil. Se materializa en una resolución administrativa emitida por un solo órgano de competencia autonómica, en virtud de la cual se retira a un hijo, de forma “cuasi abrupta”, del entorno y crianza de su familia. El representante de la Administración, acompañado o no de Policía, irrumpe, por ejemplo, en el colegio, en un centro médico, en el hospital, en otros lugares públicos o, en el portal de casa, recoge físicamente a los menores y se los lleva consigo.

En segundo lugar, esta retirada, que ha sido inminente, se convierte, sin embargo, en un largo proceso a la hora de devolver al hogar a ese niño. Recuperar al hijo exige, en muchas ocasiones, recurrir judicialmente la decisión. Pero dada la lentitud que sufre la Justicia en nuestro país, este proceso se suele alargar durante años. Este procedimiento es declarado preferente en la Ley de Enjuiciamiento civil, sin embargo, los plazos son con frecuencia muy prolongados y, por consiguiente, es un tiempo en el que el niño ve interrumpida y cercenada gravemente la convivencia con sus padres biológicos.

En tercer lugar, y en el caso de que los padres recurran judicialmente con la intención de recuperar a su hijo, el sistema judicial exigirá a la familia demandante una prueba que demuestre que son “buenos padres” y que están “rehabilitados de

nuevo” para educar a sus hijos, pruebas que, resultan de cuasi imposible demostración. En este sentido, como expondremos a continuación, consideramos que, paradójicamente, los padres están “desamparados” en el proceso de recuperación de sus hijos.

Metodología

En esta revisión se analizan 40 casos de toda España que, habiendo presentado informes psicológicos, psiquiátricos o de trabajadores sociales donde se afirma que los padres son aptos para cuidar a sus hijos y que no había razones para retirarles la custodia, finalmente la perdieron. Se realizaron 40 entrevistas en profundidad con las familias a las que se les retiró la guarda y custodia de sus hijos.

Proceso de diagnóstico y retirada

El artículo 18 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio), remite al artículo 172 del Código Civil. El artículo 172.1 del Código Civil.

El interés del menor es “un bien supremo”, de tal modo que cada decisión que se inspire en este principio debe realizarse con objetividad e imparcialidad exquisitas. Sin embargo, dicho de manera sucinta, hemos comprobado que en no pocas resoluciones administrativas que declaran el desamparo de un menor, se utilizan argumentos poco claros, muy debatibles, y se repiten fórmulas estereotipadas, eso que coloquialmente llamamos un “corta y pega”.

Falta de habilidades parentales en los progenitores, falta de concienciación de estas limitaciones para el cuidado del menor; ausencia de recono-

cimiento de sus dificultades; negligencia en higiene y alimentación; inestabilidad emocional de los progenitores; precariedad.

En fin, un texto, que, en muchas ocasiones, carece de concreción, y dificulta, por tanto, la defensa frente al mismo.

La pregunta que nos convoca es si las razones expuestas unas líneas arriba son hechos tan graves como para que se puede privar a un hijo de la convivencia con sus padres. Apuntamos al lector que, según el art. 18. 2 de la Ley 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, la situación de pobreza de los progenitores no podrá ser tenida en cuenta para la valoración de la situación de desamparo, sin embargo, la precariedad económica de la familia y las consecuencias que ello conlleva es, en muchas ocasiones, una circunstancia determinante para que la administración decida que un niño está en situación de desamparo.

Una vez declarados en desamparo, un alto porcentaje de los niños van a casas de acogida, (gestionadas en una alta proporción por organizaciones privadas), antes de decidir su paso al acogimiento (en familia extensa o ajena); las Administraciones otorgan a estas organizaciones significativas sumas de dinero al mes por cada menor. Nos preguntamos por qué no conceden esas mismas ayudas económicas y apoyos humanos a los padres si la cuestión reside en una situación de desempleo o precariedad, como, en muchas ocasiones, subyace en sus propios informes. De forma repetida observamos que se dice que todo se hace en interés del niño, pero siempre sin la familia, como “si la familia fuera un ente separado”.

Los servicios de protección al menor realizan un informe del comportamiento de los padres, una valoración psicosocial, educativa, que lleva a cabo un equipo de la Administración al que la ley reviste con poderes que podríamos calificar de “absolutos”. Por consiguiente, será formalmente dicho equipo, dirigido por un técnico, el que decida sobre la vida futura del niño.

No existe un juicio previo justo para proceder a la retirada del hijo. La resolución administrativa habilita para que el técnico de Servicios Sociales proceda a la retirada y solo posteriormente

se inicia el procedimiento judicial si los progenitores interponen recursos frente a la declaración de desamparo.

En primer lugar, observamos que, en cualquier caso, se trata de una decisión que no suele estar respaldada por un análisis global, ya que por ejemplo se suele llevar a cabo sin la coordinación de la familia ni directa, de primer grado, ni extensa (abuelos, etc.). Entendemos que asistimos a un clamoroso escenario de desigualdad entre los contendientes: la Administración y la familia encausada. El actor principal, en este caso la Administración, atesora prácticamente todo el poder frente a personas generalmente vulnerables, con pocos recursos y sin dialécticas eficaces de respuesta.

Al retirar la custodia a los progenitores, éstos pueden optar por una de estas dos alternativas: la primera es que los padres no realicen ninguna actuación al margen de lo impuesto por la administración, y terminen, en muchas ocasiones, perdiendo la custodia, e incluso la patria potestad de sus hijos; la segunda vía se inicia si los progenitores recurren judicialmente la declaración de desamparo. Para intentar recuperar a sus hijos los progenitores judicializan la situación.

Cuando se adopta esta segunda vía (se judicializa el proceso), hay que comenzar diciendo que, a pesar del planteamiento del recurso, no suele haber fluidez, porque no existe actuación inmediata de los órganos judiciales; esto quiere decir que pueden pasar varios meses o incluso años para que un juez pueda conocer esa demanda planteada por los padres biológicos. En este sentido, y según las diferentes experiencias que hemos atesorado todos los firmantes en estos casos, hemos comprobado que los menores encausados y la familia en su conjunto, se sumergen, a partir de la separación, en una atmósfera de impotencia, desesperanza y mucho sufrimiento. Nos preguntamos si esta forma de actuar está protegiendo adecuadamente el derecho al bienestar de los menores. Entendemos que no.

Consideramos que la presunción de veracidad sobre los informes emitidos por la Administración, sin cuestionamiento alguno, puede provocar que la prueba para desvirtuar las afirmaciones de los Servicios Sociales sea cuasi diabólica.



Los informes aportados por los Servicios Sociales, en ocasiones, son elaborados sin suficiente imparcialidad ni objetividad. Ante el “blindaje” de dichos informes, en muchos supuestos, puede resultar “prácticamente imposible” que los progenitores puedan deslegitimar las afirmaciones de la Administración.

Nos preguntamos: ¿qué ocurre si se producen errores, si se traspapela un documento, si el informe contiene inexactitudes, si los informes de la Administración no están correctamente supervisados, si son trabajadores acostumbrados a la falta de humildad puesto que sistemáticamente se les da la razón?, ¿qué ocurriría si estos funcionarios tuvieran falta de formación? ¿Qué ocurriría si hay intereses cruzados?; por ejemplo, que un familiar del equipo que realiza el informe trabaje en una casa de acogida.

Los informes de parte que pueden aportar los progenitores, que es prácticamente la única tabla de salvación para recuperar a los hijos, no suelen considerarse prueba suficiente, en el análisis efectuado por el órgano judicial. Los progenitores o la familia extensa pueden presentar un informe pericial psicológico, psiquiátrico, para afirmar que son padres adecuados e intentar rebatir el informe de la Administración, pero nos consta que habitualmente, a estos informes no se les atribuye suficiente valor probatorio frente a las afirmaciones aportadas por los Servicios Sociales.

Sobra decir que se admite la pericial -psicológica o psiquiátrica- como prueba documental (puesto que es obligatorio aceptarla), pero al considerar que se trata de un informe “de parte”, se les dota de menor objetividad, no se consideran suficientemente relevantes. El juzgador, en este tipo de procedimientos, para tomar la decisión final, no suele tenerlos en consideración con el mismo peso que los informes de la Administración. Sea como fuere, en todos los casos considerados como ambiguos que hemos revisado, los informes favorables aportados por los progenitores no fueron tenidos en cuenta suficientemente, no se consideró por el juzgador que desvirtúan los informes de la Administración. En este sentido podemos argumentar que funciona una especie de inercia fatal: el protocolo se torna inamovible y lleva a la desestimación

de un amplio número de recursos interpuestos. Uno de los casos más llamativos es el de una madre que durante los diez años de litigios llegó a presentar hasta seis informes psiquiátricos psicológicos (tanto del sistema público de salud como del privado) donde se sostenía en todos ellos que no padecía enfermedad mental alguna y que era apta para el cuidado de sus hijos. En la actualidad, esta mujer sigue sin tener la custodia de ninguno de sus tres hijos.

Esto supone un hecho a todas luces sorprendente y es que los padres no tienen prácticamente ninguna posibilidad de demostrar su buena capacidad parental, es decir que son padres normales, y ante estos hechos se muestran indefensos. A todo esto, añadimos que asistimos a la triangulación de los hijos que sabemos empeora la tesitura de las familias. En este sentido nos preguntamos, como profesionales de la educación y la salud mental, por tantos casos de pacientes a los cuales se les retiraron los hijos cuando estaban en la fase aguda de su trastorno, pero que al cabo de un tiempo se curaron de dicho trastorno, un brote psicótico puntual, una adicción en remisión, etc.

Discusión

Para finalizar queremos apuntalar algunas ideas y aclarar algunos conceptos para que el lector pueda tener una respuesta más cabal en este tema.

La ley prevé la posibilidad de llevar a cabo actuaciones en situación de riesgo y ello supondría el apoyo institucional sin que el menor tenga que ser separado de su entorno familiar. Solo debería adoptarse una determinada medida protectora si no puede resolverse la situación de desprotección con otra de menor intensidad.

Reiterada jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha declarado que en materia de medidas de protección de menores es principio esencial, a respetar por todos los organismos intervinientes, el de proporcionalidad entre la situación de riesgo/desamparo que provoca la intervención y la medida de protección a adoptar. Esa es la doctrina sostenida entre otras en las sentencias Anderson contra Suecia de 25 de febrero de 1992 y Eriksson contra Suecia de 22

de junio de 1989, al resolver el Tribunal sobre presuntas vulneraciones de dicho Estado del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos en unos supuestos de menores declarados en desamparo.

La retirada de la custodia de unos hijos es una actuación que, por su gran importancia y gravedad, solo debería adoptarse tras un riguroso juicio, celebrado en igualdad de condiciones. Queremos recordar al lector que en realidad no es así, insistimos. Creemos, pues, que la retirada del menor solo debería producirse en casos de severo e inmediato riesgo (incendio, anegamiento, peligro inminente de crimen, etc.), en ausencia de alternativas más plausibles.

La cuestión se puede complicar más aún pues, por increíble que parezca, en algunos casos, aunque los Tribunales de Justicia den la razón a los padres, no se puede recuperar al niño. Hay varias sentencias en las que el Tribunal Supremo o el Tribunal de Derechos Humanos han argumentado que el paso de varios años hasta llegar a una resolución judicial ha supuesto la adaptación del niño a la nueva familia adoptante y, a pesar de estar acreditado el error de la Administración al declarar en desamparo y al dar los pasos sucesivos, sin acordar el retorno del menor con sus padres, ha decidido el Tribunal que el bien del menor es quedarse en la familia adoptiva.

Otro problema es que el Código Civil en su artículo 172.2 (modificado por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia), recoge una limitación temporal de dos años para que los progenitores puedan solicitar la revocación de la declaración de desamparo y recuperar la guarda y custodia de sus hijos. Superado ese plazo, los padres no podrán oponerse a las medidas que adopte la Administración respecto a sus hijos. Esto quiere decir que, una vez declarada la situación de desamparo, los padres se encuentran en una carrera “contrarreloj” en la que el tiempo corre en su contra. Art. 172.2 del Código Civil.

Si han transcurrido dos años desde esa declaración de desamparo (y en consecuencia, desde que se han llevado a los niños de casa), los progenitores han recurrido la resolución y se ha con-

firmado judicialmente, los niños pueden ser entregados en guarda con fines de adopción y que ésta llegue a consumarse sin que la oposición de los padres biológicos sea relevante.

Tal y como se encuentra redactada la legislación actual los menores declarados en desamparo, pueden seguir con frecuencia el siguiente guion:

- 1) El niño es llevado a un Centro de Menores donde permanecerá unos meses. De ahí puede pasar a una familia de acogida temporal, especialmente si se trata de un menor de corta edad.
- 2) A partir de un año, más o menos, las visitas de la familia biológica con su hijo se modificarán para distanciarse. En ocasiones, de una vez a la semana pasarán a ser una vez al mes.
- 3) Se suprimen definitivamente las visitas cuando el menor lleva, más o menos, veintidós meses alejado de la familia biológica.
- 4) A los 24 meses de la declaración de desamparo, comunicarán a la familia que el niño pasa a la situación de “guarda con fines de adopción”.

Las visitas entre los padres y los hijos suelen realizarse en un punto de encuentro, una hora a la semana o una hora al mes. Se trata casi siempre de visitas vigiladas por un supervisor donde, en muchas ocasiones, se controla el diálogo, la comunicación e incluso en ocasiones las muestras de afecto entre padres e hijos.

Otra cuestión que debemos subrayar es que, durante el acogimiento, debería ser excepcional la supresión de las visitas; sin embargo, es habitual la costumbre de los Servicios Sociales de que, próximo al plazo de dos años, se distancien las visitas hasta su supresión. De ese modo se cercena el espacio para posibles relaciones afectivas, al no existir contacto alguno del menor con sus padres ni con la familia extensa.

Siguiendo este proceso, en muchas ocasiones, cuando los hijos e hijas han sido entregados a una familia que los tiene en guarda con fines de adopción, la Administración puede proponer al Juzgado de Familia que se formalice la adopción sin que sea imprescindible y determinante el consentimiento de los padres biológicos. O sea, que *consumatum est*.



Tras lo expuesto hay que destacar que, con bastante frecuencia, un niño sometido a este itinerario ha pasado por tres o cuatro ambientes familiares de adaptación de relaciones paternofiliales. El resultado es que suele perder definitivamente familia natural biológica, pierde apellidos, pierde memoria y se pierde el vínculo afectivo.

Conclusiones

- No debería ser posible la retirada de un menor del hogar familiar, sin un juicio previo, donde las partes (los Servicios Sociales y la familia afectada) estuvieran en igualdad de condiciones.
- No puede permitirse que los informes de la Administración contengan afirmaciones subjetivas y sin una constatación objetiva e imparcial.
- Los informes aportados por los Servicios Sociales no pueden ser dotados de la validez incuestionable.

- Los informes de parte, única prueba que puede aportar la familia afectada, deben ser considerados prueba suficiente y con la misma capacidad para desvirtuar las afirmaciones de la administración.

- Que las familias se pudieran defender desde que se inicia el proceso administrativo contra ellas.

- Es imprescindible que las directrices políticas dadas para llevar a cabo la protección de los niños y niñas de este país sean revisadas urgentemente para cumplir con el interés del menor en las situaciones de desamparo y que no se continúe provocando los dramas que actualmente suceden.

Por todo ello, y para finalizar, hemos de recordar que cuando se maltrata a la familia también se maltrata al menor. Son maltratos institucionales en el ámbito familiar.

Contacto

Fernando Pérez del Río ✉ fpdel@ubu.es ☎ 697 775 535
Facultad de Educación, Universidad de Burgos
Calle de Villadiego, 1 • 09001 Burgos

Bibliografía

- Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia número 20, (2017) Informes, Estudios e Investigación 2018, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia número 21, (2018) Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Extraído de la dirección: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin_provisional_Proteccion_21-Borrador.pdf
- Código Civil español. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (texto consolidado de 29 de julio de 2015).

- Consejo General del Poder Judicial (2012). Los procesos de familia en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. Cuadernos Digitales de Formación, nº 4.

- Fariña F, Arce R, Novo M. (Ed.) (2005). Psicología Jurídica del menor y de la familia. Conselleria de Xustiza, Interior e Administración Local, Xunta de Galicia.

- Fernández-Luna Abellán A. (2017). Custodia compartida y protección jurídica del menor. Tesis. Universidad Complutense de Madrid.

- Fundación Atyme (2017). Custodia compartida y Mediación. Madrid.

- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Martín Hernández J. (2019). "Ideología y maltrato infantil", Barcelona: Ed. Herder.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Informes, Estudios e Investigación, 2017. Boletín número 20. Madrid.
- O'Callaghan Muñoz X, Fernández González B. (Coords.). La Reforma del Derecho de la persona y de la familia: Jurisdicción voluntaria y protección a la infancia y a la adolescencia.
- Santamaría Pérez María Luisa, Tesis Doctoral (2017) "la Delimitación del Interés Superior del niño ante una medida de protección institucional", Universidad Internacional de Barcelona.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sentencias Anderson contra Suecia de 25 de febrero de 1992 y Eriksson contra Suecia de 22 de junio de 1989.
- UNICEF (2006). Convención sobre los Derechos del Niño, 20 noviembre de 1989. www.unicef.es
- Utrera, Gutiérrez J.L. (2012). El sistema legal de protección de menores. Cuestiones prácticas. Consejo General del Poder Judicial. Cuadernos Digitales de Formación. Cuaderno nº 4.
- Utrera Gutiérrez J.L. (2005). "Protección de menores: Acogimiento, adopción y tutela." En González Poveda P. y González Vicente P. (Coords.) Tratado de Derecho de Familia: Aspectos sustantivos y procesales. Madrid: Edit. Sepin.

- Recibido: 20/05/2021.
- Aceptado: 20/12/2021.

Trauma, suicidio y vulnerabilidad. Enseñanzas de la pandemia. *

Trauma, suicide and vulnerability. Lessons from the pandemic.

Patricia Álvaro, José M. López-Santín, Ferran Molins, Jesús López, Clara Izquierdo, Alberto Matías, Isabel González y Ezequiel Sánchez.

Grupo de Trabajo de Formación de la ACPSM-AEN Catalunya.

Resumen: A partir de una serie de tres webinars realizados durante el mes de junio'2020 en el marco del ciclo con idéntico título al del artículo, se plantea el papel que tiene la actual gubernamentalidad, el neoliberalismo biopolítico, en la concepción del trauma, el suicidio y la vulnerabilidad.

Se trata de conceptos empleados en la atención a la salud mental que bajo la mirada de las actuales formas de gobierno tienden a cosificarse produciendo un reduccionismo biologicista de la experiencia del sujeto, una descontextualización del sujeto respecto de las relaciones dinámicas con su entorno y un abordaje individualista del mismo. Se propone que la pandemia ha supuesto una agudización de las prácticas sustentadas bajo ese marco ideológico descrito.

Palabras clave: Trauma, suicidio, vulnerabilidad, biopolítica, gubernamentalidad, neoliberalismo.

Abstract: Evolving from a series of webinars that were streamed during June 2020, the aim of this article is to demonstrate the implications of the contemporary governmentality, biopolitic neoliberalism, upon trauma, suicide and vulnerability.

These common concepts in mental health care are being treated like objects, because of this governmental approach. Consequently, the experience of the subject is diminished to its biological aspects, rather than contextualized in relation to its dynamic relationships with its environment. What transpires is an individualistic approach. The Covid 19 pandemic has brought an amplification and escalation of these practices.

Key words: Trauma, suicide, vulnerability, biopolitics, governmentality, neoliberalism.

Durante el mes de junio del presente año, desde el Grupo de Trabajo de Formación de la ACPSM-AEN Catalunya organizamos tres sesiones we-

binar para reflexionar sobre algunos aspectos puestos de manifiesto de forma más insistente durante la pandemia**.

* Trabajo realizado en el marco del proyecto "La clínica de la subjetividad: Historia, teoría y práctica de la psicopatología estructural" (PID2020-113356GB-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

** Disponibles en abierto en el Canal YouTube de la ACPSM-AEN Catalunya.

Las sesiones abordaron la cuestión del trauma, el suicidio y el concepto de vulnerabilidad en salud mental, ejemplificándose este último en las situaciones vividas por el colectivo de adolescentes y de personas presas durante la pandemia y en relación con las restricciones sufridas.

Se contó con varios ponentes para tratar estas cuestiones desde una perspectiva crítica con la mirada naturalizadora reduccionista de lo mental y la individualización consecuente en su abordaje. Participaron: Federico Menéndez Osorio, Alberto Ortiz Lobo, Guillermo Rendueles Olmedo, Juan García-Haro, José Leal Rubio, Virginia Pareja Vallina, Jorge Tió Rodríguez, a los que agradecemos muchísimo su colaboración.

La perspectiva biomédica hegemónica orienta sus esfuerzos y recursos a desentrañar las causas que puedan explicar los síntomas mentales dirigiéndose a los mecanismos subpersonales biológicos. Esa mirada comporta una primacía originaria del sujeto aislado de su contexto, que solo en un segundo momento establece relación con su entorno. Sin embargo, el ser humano se caracteriza antropológicamente por su relacionabilidad y aperturas constitutivas, y los síntomas mentales por ser constructos históricos que emergen hermenéuticamente en el encuentro entre el sujeto-paciente y el sujeto-psicopatólogo bajo el marco médico-psicológico.

Neoliberalismo, biopolítica y pandemia

El neoliberalismo es un régimen de gubernamentalidad o tecnología de gobierno que postula el libre mercado como motor de la riqueza de los ciudadanos (competencia mediante), que trabaja por la reducción a la mínima expresión del papel del Estado (aunque lo mantiene en beneficio del mercado como instrumento de la racionalidad mercantil), y que configura un tipo de subjetividad característica y funcional a sus intereses.

A diferencia de la gubernamentalidad pastoral y la estatal, la neoliberal se va a apoyar en la gestión de los procesos y la procuración de las regulaciones necesarias y naturales para que actúen en el orden de los fenómenos humanos, manteniendo así la libertad de los individuos como elemento indispensable en el arte de gobernar. De esta forma, supera la dicotomía tradicional

poder-libertad. Ahora las tecnologías del yo van a formar parte de las tecnologías de gobierno, incluyendo la relación de los individuos consigo mismos en el campo de los controles reguladores. Hoy, el poder no es solo una fuerza negativa y represora, sino también un agente de incitación. Se va a apoyar en la libertad y en la promoción de las diferencias y las singularidades (1).

Y es que la gubernamentalidad neoliberal interviene directamente sobre las condiciones de existencia del mercado, es decir, sobre todo aquello que no surge de manera espontánea en la vida económica; a saber, los seres humanos y sus necesidades, la población y sus desarrollos, las estructuras mentales, etc. Produce así una política de la vida que garantice el funcionamiento de la sociedad y la subjetividad de acuerdo con las reglas del mercado. No solo se precisa “hacer funcionar” los Estados según los imperativos económico-liberales, sino también las poblaciones y, más concretamente, los individuos. Esa razón neoliberal introduce la racionalidad reguladora del mercado en cualquier dominio de la vida humana. Se articula así una subjetividad funcional al despliegue del mercado. Y lo hace en dos niveles: en la relación que el sujeto establece con el medio y en la que establece consigo mismo. Si el primero se refiere al concepto de *Homo economicus*, el segundo al de capital humano. Por el primero se comprende al ser humano como unidad estrictamente individual movilizadora por el interés y sujeta a un orden económico que desconoce y no controla. Por el segundo el individuo aparece ante sí mismo como espacio gestionable, como “yo empresa”, como autoexplotador, y queda arrojado a un mandato de libertad individual que lo coloca en una situación de precariedad existencial.

Este proceso de subjetivación bajo el orden económico comporta un sufrimiento que De la Mata ha sintetizado en cuatro grandes grupos: sufrimiento del valor personal, inestabilidad de las narrativas biográficas, sufrimiento del rendimiento y sufrimiento de la nueva simbolización (2). Sin entrar en cada aspecto, podemos decir que la racionalidad neoliberal produce la exclusión de personas y colectivos que no cumplen los requisitos del mundo de la mercancía y del valor. Sin embargo, y paradójicamente, la exclusión y el sufrimiento quedan incluidos en el



sistema como nuevas mercancías que generan valor. Como resume López-Petit, “hoy la política consiste en gestionar la vida, y lo que alimenta actualmente el capital no es ya el fruto de nuestro trabajo, sino nuestra propia vida. [...] La precariedad existencial es, por lo tanto, la forma histórica de la vulnerabilidad que corresponde a nuestra época” (3).

Y puesto que hablamos de la inclusión de la vida en la política, es obligada la remisión a Foucault, que analiza las transformaciones de las formas de gobierno modernas, conceptualizándolas bajo la noción de biopolítica. Una gubernamentalidad esta, que tiene en su centro la regulación de la vida y que nace en el marco del régimen neoliberal (4). Así, las políticas de la vida se ocuparían de la regulación y administración de la vida, la regulación a gran escala de las poblaciones (como conjunto de cuerpos vivientes, o cuerpo social), emplearía categorías vinculadas a la apropiación política de la vida (p.ej. hacer vivir, dejar morir, longevidad, mortalidad, natalidad, contagio, promoción de la vida y de la salud, recuento de vivos y muertos), convertiría los fenómenos biológicos en fenómenos políticos y ejercería medios de control disciplinarios, no tanto ligado a leyes como a normas que configurarían los campos de acción posibles para los individuos en el seno de las sociedades y que implicarían a los cuerpos y a las relaciones de los mismos (reclusión, confinamiento, control de movimientos corporales) en una especie de “gobierno ambiental” (5,6). La inclusión de la vida, ahora reducida a vida biológica o corporal (7), como ámbito controlable, ordenable, interviniente por el poder político, jurídico, económico en el marco neoliberal, va a tornar la biopolítica en tanatopolítica, haciendo de la enfermedad, la muerte y la precariedad existencial fuente de riqueza y de acumulación de capital. Es precisamente la precariedad existencial en que queda el ser humano en el régimen neoliberal, el nicho de mercado del mercado biopolítico (pensar en el horizonte mercantil de los seguros de vida, los fondos de pensiones privadas, la salud como bien de consumo, la terapia como mercancía, la inversión educativa...).

A la luz de lo expuesto, podemos decir ahora que el discurso (y hacer) biomédico hegemónico contemporáneo es un discurso (y hacer) de la biopo-

lítica. Reduce al ser humano a lo biológico, a la vida biológica, y lo trata en su dimensión poblacional sometiéndolo a la cientificidad del experto. Las ciencias psi, entendidas ya como tecnologías gubernamentales del yo, van a responder de forma técnica individualizando los riesgos y con prácticas centradas en el individuo.

Ciertas posiciones reduccionistas del trauma y del suicidio dirigen su mirada al individuo y su reacción biológica o psicológica defectuosa desde una mirada estadística. Esas concepciones simplifican la complejidad de ambos fenómenos con miras solucionistas y a escala poblacional. Los abordajes psicológicos a situaciones traumáticas colectivas o la planificación de la prevención del suicidio a nivel poblacional se enmarcan en la gubernamentalidad neoliberal biopolítica. Ambos ejemplos muestran cómo las políticas contemporáneas ponen la vida en el centro regulándolas y administrándolas. Y lo hacen con dos movimientos. Una, la regulan desde una mirada poblacional estadística que homogeneiza a cada individuo, sustrayendo su singularidad. Y, por otro lado, sitúan el foco de las causas en el interior del individuo, en su biología. Cualquiera que conozca de cerca el hacer de las ciencias *psi* en la actualidad podrá ver ambos movimientos. La estadística y la medicina basada en la evidencia cumplen la primera tarea; la segunda es cosa del discurso biomédico simplón.

Los planes de prevención del suicidio y las estrategias de ayuda psicológica al trauma en catástrofes o en pandemia son ejemplos de prácticas biopolíticas que contribuyen a conformar subjetividades, al sujeto neoliberal. Regulan cómo debe sentirse el que padece el trauma y cuáles son las vías de manejo adecuadas, que son individualizadoras del problema. Sobre el suicidio regulan toda una serie de procedimientos y prácticas de identificación, control y seguimiento que se ponen en marcha para evitar que alguien decida suicidarse y para que no vuelva a hacerlo.

Por otro lado, la actual sociedad tecnológica facilita nuevos medios que potencian la regulación biopolítica. El manejo de nuevos dispositivos tecnológicos que recaban datos de los individuos agrupándolos en grandes bancos de datos, que permiten ponerlos en relación para extraer correlaciones que permitan dar explicaciones

(Chul-Han lo ha llamado dataísmo (8)) o que directamente permiten gestionar individualmente comportamientos y emociones, es común en las sociedades actuales.

Durante la pandemia los medios tecnológicos de regulación biopolítica se han incrementado enormemente, y tanto la gestión y prevención del suicidio como la gestión de las emociones han sido algunas prácticas ilustrativas. El programa Codi Risc Suicidi (ampliado durante la pandemia a población menor de edad) o la *app* que la Generalitat de Catalunya implementó durante la pandemia, y cuyo nombre ya da una pista de lo que aquí decimos, GestioEmocional.cat, son ejemplos ilustrativos.

La vulnerabilidad en salud mental

El término vulnerabilidad deriva etimológicamente del latín *vulnus*, herida. Su uso abarca dos campos diferenciables. Por un lado, un uso amplio como característica antropológica del ser humano remitiendo al hecho común de ser afectable, finito o dañable. Y, en segundo lugar, un uso reducido que remite a la particular fragilidad y afectabilidad de determinadas personas o colectivos en base a sus características diferenciables.

El uso del concepto vulnerabilidad se ha extendido en los últimos 20 años y viene siendo usado en contextos políticos de gestión de determinados colectivos. Paralelamente, el uso del término vulneración ha caído en desuso (9). El primero viene a poner el foco sobre la persona o colectivo especialmente afectable o dañable y, sobre un fondo de asepsia sociopolítica, a asociarse al riesgo. De ahí se sigue una derresponsabilización de las instituciones públicas en la tarea del cuidado. Por otro lado, el segundo se dirige a la fuente del daño y por tanto a la relación de las personas y colectivos con los sistemas de prevención y protección de las fuentes de daño. Así, el término vulnerabilización, como incremento de la natural vulnerabilidad humana, serviría para evitar evadir la responsabilidad de las fuentes de vulneración y la individualización, tan característica de las políticas neoliberales, en los propios afectados.

En relación con lo que hemos dicho antes sobre la noción de vulnerabilidad, en el actual régimen

de gubernamentalidad se pueden observar dos movimientos. Uno, tiene que ver con la concepción metafísica del ser humano como sujeto autosuficiente, en el que la interdependencia y vulnerabilidad en sentido amplio se ven como debilidad. Y otro, que tiene que ver con el uso del término vulnerabilidad en sentido restringido para agrupar personas singulares bajo un paraguas común que permita una gestión más eficiente. Este segundo movimiento entraña una homogeneización de personas singulares y situaciones heterogéneas en pro de la gestión política de sus vidas. Como decíamos arriba, se reduce el aspecto ontológico del concepto vulnerabilidad, para hacerlo manejable, objetivable, reificando y homogeneizando así a individuos y colectivos enteros para estratificar, regular y administrar de forma planificada sus vidas.

La reducción y reificación de la noción de vulnerabilidad humana que se opera bajo el imperio del neoliberalismo también tiene sus resistencias.

Así, se han señalado las patologías del no-poder, del cansancio y la fatiga como manifestaciones individuales (que algunos han tratado de colectivizar) de resistencia ante una realidad neoliberal caracterizada por la ausencia de negatividad y el exceso de positividad, en el que la resiliencia ha surgido como tecnología para fabricar sujetos más fuertes dispuestos a soportar mejor el siguiente golpe (3).

También la oposición que supone la ética del reconocimiento. El concepto de reconocimiento parte de la intersubjetividad constitutiva del ser humano, asume su apertura a la alteridad, la dialogicidad que es el ser humano, la interdependencia como condición humana. Esta condición antropológica-existencial es premisa para la posibilidad de enfermar (ser dañado, construirse en el daño) y la posibilidad de cura o terapia (reparar el daño). El filósofo y sociólogo A. Honneth ha señalado tres fuentes de reconocimiento que pueden ser reparadoras (amor, derecho, solidaridad) (10). La ética del reconocimiento es pues reparadora o curativa. Así lo concibe también G. Stanghellini, que ha construido una psicopatología que parte de la concepción del trastorno mental como falla en el reconocimiento y fractura de la dialogicidad, y de la terapia como trabajo de reconocimiento



por medio de un diálogo que caracterizará como “antropocéntrico” o “antropoiético” (11).

El webinar correspondiente a la cuestión de la vulnerabilidad se centró en dos colectivos concretos (menores y personas presas) para ejemplificar la cuestión en lo concreto y acaecido durante la pandemia. Como hemos dicho arriba, la reificación está servida y por eso conviene señalar que más que de grupos vulnerables habría que hablar de situaciones de vulneración. Entre estas situaciones cabe señalar no solo la situación de reclusión o de proceso de maduración en curso, sino de otras situaciones como la alta dependencia por edad avanzada, el desempleo de larga duración, las diferentes formas de malos tratos, el sinhogarismo, la migración y el desarraigo, la marginalidad, el analfabetismo... Todas ellas situaciones que dificultan la conquista de la subjetividad neoliberal requerida para mantenerse a flote hoy día y que engordan el censo de los excluidos.

Durante la pandemia ha quedado bien patente la forma de operar de la gubernamentalidad biopolítica neoliberal. Los procedimientos y protocolos reguladores no han tenido en cuenta las situaciones que hemos enumerado antes y se ha vulnerado aún más a las personas que se encontraban en esas situaciones, en pro del mantenimiento de la economía y la vida biológica. Se han vulnerado más algunas personas y colectivos y no se han tenido en cuenta aquellos factores que ofrecen protección a la salud mental (fundamentalmente relaciones, espacios comunes, posibilidad de movilidad ampliada).

En el caso de los adolescentes, habría sido preceptivo tener en cuenta que se trata de un período de búsqueda de aceptación del grupo y de diferenciación de la familia y que se caracteriza por una fuerte necesidad de experimentar que contribuye a la construcción de la identidad personal. El distanciamiento social requerido por las autoridades político-sanitarias acrecentó la desigualdad entre jóvenes que podían permitirse una ventana al exterior por medio de la tecnología y los que no, entre los que podían tener un lugar propio en su domicilio y los que no, entre los que mantenían una relación familiar saludable y los que no. En este contexto el incremento de autolesiones o “adicciones” de todo tipo era una respuesta esperable.

En las personas presas, haber tenido en cuenta la necesidad esencial del contacto social con personas de apoyo fuera, la necesidad de actividades que permiten aislarse del contexto y proyectarse a futuro y fuera, la importancia del consumo de drogas dentro de prisión que cesaría abruptamente durante la pandemia, eran cuestiones a tener en cuenta antes de cerrar a cal y canto las prisiones. En otros países del medio como Italia, Reino Unido o Países Bajos, se optó por medidas más aperturistas para no vulnerar más aún la situación de las personas presas (12).

El reconocimiento, esencial para cualquier persona, pero tan y tan fundamental en la etapa de la adolescencia y tan y tan fracturado en las personas presas, debería haber encontrado en las instituciones su artífice en momentos tan duros como los que ha traído la pandemia. No en vano es una de las fuentes paradigmáticas de reconocimiento que postula Honneth.

De la misma forma que en el régimen neoliberal el concepto de vulnerabilidad se reifica, los fenómenos del trauma y del suicidio son enfocados desde una mirada naturalizadora reduccionista, haciendo de esta una herramienta política de gestión. Vamos a verlo.

El trauma en salud mental

El concepto de trauma se refiere inicialmente a la lesión anatómica que hiere la continuidad corporal. Solo posteriormente se traslada su uso al campo psicológico (13). Hablar de trauma, especialmente en salud mental, es hablar de la relación entre el sujeto y su entorno. Como decíamos, es la apertura constitutiva del ser humano, esa herida infinita de la que nos habla JM. Esquirol, la que posibilita la experiencia, la vivencia, y la vivencia en cuanto traumática (14). El trauma es el acontecimiento que vive el sujeto de una forma particular y con unas consecuencias existenciales características.

Vale la pena atender a la definición que realiza G. Stanghellini del mismo como diálogo de la subjetividad con la alteridad externa (realidad/acontecimiento) (15). Es en la fractura de ese diálogo donde emerge la experiencia caracterizada como traumática y que supone diversos fenómenos fundamentalmente relativos a la modificación de

la vivencia del tiempo que condicionan la aparición de síntomas varios.

El papel del trauma en la psicopatología data de largo tiempo. La psicopatología psicoanalítica lo ha empleado desde sus inicios. Sin embargo, es con los cambios en el manual americano DSM-III-R y la operacionalización de los diagnósticos psiquiátricos, y la inclusión del Trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el apartado de Trastornos de ansiedad en 1980, cuando el concepto de trauma se generaliza y el diagnóstico de TEPT crece exponencialmente hasta convertirse en el diagnóstico de moda en los años 90. Los criterios operacionales sufren distintos cambios en las sucesivas ediciones de forma tal que se extiende el diagnóstico (se incluyen medidas de la respuesta subjetiva del paciente, se incluye la posibilidad de experimentar el trauma sin haber vivido directamente la experiencia). Como sucede frecuentemente en el DSM, acontecimientos socioculturales contingentes suponen la generalización y difusión del diagnóstico. El atentado del 11 de septiembre en Nueva York sirvió en este caso para movilizar las fuerzas en este sentido.

Sin embargo, algunos autores mantienen la caracterización de la experiencia traumática no tanto en función de criterios politéticos más o menos presentes y su afectación funcional como en función de las características de la experiencia vivida. Estas características se resumen en la ausencia de integración narrativa de la experiencia en la propia historia vital, en el carácter alienante de la misma (del entorno y de sí mismo) y en la modificación del sentido de existencia de la persona (16).

Si por un lado, la ontología naturalista reduce al hombre a sustancia separada de su entorno y no atiende a la constitución del propio ser humano como existente, el contexto cultural en que nos movemos en Occidente, el neoliberalismo, comporta una individualización de la aproximación a cualquier asunto humano. Resultado de esta mirada, predomina un acercamiento a la vivencia traumática centrada en las dificultades individuales de cada persona en el afrontamiento a la situación. Y de ahí, a lo que se denomina machaconamente “gestión” de la situación traumática y que no pasa de ser una

racionalización de la experiencia con objetivo a organizar una respuesta adaptativa mediante técnicas solucionistas. Un concepto, el de gestión, que si bien en su origen etimológico remite al genérico “llevar a cabo”, “cargar con algo”, el neoliberalismo ha desplazado su sentido al de “trámite para solucionar un asunto” o “papeleo” connotando su significado a partir de la lógica del problema-solución y de los actos administrativos burocráticos necesarios para resolver el problema. Así, la gestión de las emociones, de los problemas, de las situaciones, acaba por entenderse como solucionable a partir de su análisis racional, su simplificación y la aplicación de actos “solucionadores”, más allá de toda la complejidad que entrañan las emociones o las situaciones en que el ser humano se ve inmerso.

En definitiva, el concepto de trauma entraña una complejidad que no se asume en el actual enfoque naturalizador reduccionista con orientación solucionista. El inmediato etiquetaje diagnóstico como TEPT, al que sigue el abordaje “experto” orientado a técnicas que alejan a la persona de la apropiación narrativa de la experiencia, la posicionan en una dependencia que se ha visto nociva a largo plazo en no pocas ocasiones. Esa complejidad quizás puede aprehenderse mejor caracterizando el trauma como “trauma psicosocial” dando a entender una afectación que va más allá del individuo aislado y vinculándolo a su entorno y su accionar en el mismo (17). No en vano, la existencia previa y la emergencia de lazos de solidaridad, el apoyo mutuo o la construcción colectiva de un sentido de la experiencia alejado de la dependencia y sustentado en la apropiación/agencia de la misma, son factores de buen pronóstico. Creemos que un marco más amplio y comprensivo que asuma una ontología del ser humano alejada del naturalismo se adecúa mejor para enfrentar en la consulta situaciones traumáticas y sus manifestaciones personales. Se nos antoja ineludible la integración contextual de la experiencia y la búsqueda de sentido narrativo de la misma, así como de la vida posterior a la experiencia en cuestión. El marco que pueden dar el Cuidado Informado sobre el Trauma o el Marco Amenaza-Poder-Significado constituyen esfuerzos en el sentido que hemos tratado aquí.



El suicidio

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública al ser una de las primeras causas de mortalidad en determinados grupos edad de los países occidentales. En España, de acuerdo con los datos epidemiológicos del INE del año 2018 es la primera causa de muerte de causa no natural y es la primera causa de muerte en hombres del grupo de edad entre 25 y 29 años. Además, está entre la primera y la tercera causa de muerte en grupos de hombres y mujeres, especialmente en los primeros, en los grupos de edad entre 15 y 44 años.

No se puede decir que las tasas de suicidio hayan aumentado globalmente en los últimos años, sin embargo, sí han aumentado ligeramente en franjas de edad más joven. Sin embargo, las tasas de mortalidad por suicidio aumentan con la edad, y hay muchos más suicidios en edades avanzadas que en jóvenes, aunque de ello no se hable tanto mediáticamente.

Por otro lado, se ha señalado que la tipificación de suicidio es una tipificación médico-forense, y se ha observado una subestimación de las tasas de mortalidad por suicidio cuando no se acude a las fuentes médico-legales y se fundamentan en los certificados de defunción. Los certificados de defunción realizados por los médicos en primera instancia con relativa frecuencia no certifican como causa de muerte el suicidio. Se han señalado algunos factores mediadores de ese baile de cifras en las tasas de suicidio entre las que están las dificultades relacionadas con los criterios de su definición, la intencionalidad del sujeto y las actitudes culturales hacia el suicidio (18). Y es que, por ejemplo, el suicidio tiene implicaciones legales, económicas o familiares para los que quedan que condicionan su etiquetaje definitivo; o puede etiquetarse como suicidio un acto autolesivo con otra finalidad (comunicativa, ansiolítica, evasiva) en casos en que no hay una intencionalidad autolítica, pero el resultado es de muerte.

El suicidio, y su prevención, se han convertido en una prioridad de las acciones en salud mental por varios motivos. Se trata de una causa de “mortalidad evitable” (susceptible de intervención por políticas sanitarias) y al ser una de las causas

principales de mortalidad en personas jóvenes tiene un gran impacto en el entorno próximo y también a nivel social (se valora el impacto por medio de índices como los “años potenciales de vida perdidos”). Ambos parámetros dan cuenta de la centralidad de la vida y su regulación en las políticas actuales, poniéndolas además siempre en relación con el “gasto social” que comportan. Lo mismo que se viene haciendo con la depresión en los últimos años al poner el acento en la carga económica que supone para la sociedad. Otro índice más de la razón neoliberal.

Actualmente la concepción del suicidio en el discurso dominante es la de expresión de una enfermedad. Y así, son las políticas sanitarias y los servicios de salud los que se ocupan del mismo. Sin embargo, su conceptualización ha ido evolucionando a través de la historia concibiéndose como acto de libertad, como pecado, como delito, según el contexto cultural del momento, quedando sujeto a ámbitos filosóficos, religiosos o judiciales.

Como decíamos en la actualidad, la psiquiatría biologicista afirma que tras el 90% de suicidios realizados existe un sujeto con un trastorno mental. Las cifras evidentemente oscilan según la fuente, pero el mantra psiquiátrico actual es el de señalar como causa del suicidio al trastorno mental, especialmente la depresión. Teniendo en cuenta el reduccionismo biologicista de la psiquiatría dominante, se tiende a la naturalización del acto suicida y se orienta consecuentemente gran parte de los fondos y los esfuerzos de la investigación a la búsqueda de explicaciones reduccionistas de carácter biologicista. No es raro pues que la financiación de proyectos con objetivos tan generales como la investigación de la incidencia poblacional de tentativas y repetición de tentativas de suicidio y la evaluación del programa de notificación de riesgo de suicidio (programa CRS Cataluña) por el ISCIII, incluyan subproyectos empeñados en buscar variables “clínicas” (las comillas son nuestras) neuropsicológicas, marcadores psiconeuroendocrinos, de inflamación, genéticos y de neuroimagen, que permitan discriminar a los sanos y no repetidores de los repetidores de tentativas suicidas.

Según J. García-Haro (19) se da así una tautología (los trastornos mentales causan el suicidio

y el suicidio es expresión de trastorno mental) que contribuye a excluir los factores contextuales co-constitutivos de la conducta y a aseverar que el tratamiento de los trastornos mentales (la depresión, especialmente) es la mejor prevención. Pero detrás del suicidio, como fenómeno recogido bajo el marco biopolítico neoliberal actual, es decir como dato estadístico poblacional sobre el que hay actuar políticamente por medio de procedimientos para su regulación, existe cada suicidio singular, que es portador de una historia única y de una subjetividad concreta, y que queda homogeneizado bajo un paraguas demasiado heterogéneo incapaz de dar cuenta de la comprensibilidad del acto al desatender tanto al contexto como al sujeto. La muleta biomédica acude rápida y regularmente a cubrir esa ausencia de sentido, explicándola vagamente remitiéndose a mecanismos subpersonales que no están al alcance del sujeto, y que lo deja inerme ante su propia alteridad, aumentando de paso el estigma.

El sentido del acto, hurtado por esa mirada reduccionista y homogeneizadora, tanto a supervivientes como a familiares, queda exclusivamente dirigido a la existencia de la enfermedad mental. Y si bien, hay personas a las que ese cierre aparente les puede ser útil para seguir viviendo, en otros casos no lo es y siguen buscando un sentido más comprensivo que esté incrustado en las historias de vida y de las relaciones de los afectados. El sentido de la conducta suicida nunca es clausurable y siempre es interpretable, pero es una necesidad buscarlo para los que quedan. Por esto, es por lo que defendemos que la asistencia a los supervivientes y familiares siempre debe ser singular.

Conclusiones

La pandemia ha puesto de manifiesto abruptamente el aspecto ontológico del ser humano, su vulnerabilidad o afectabilidad. Vulnerabilidad, trauma y suicidio son conceptos complejos que la actual atención a la salud mental trata de forma gerencial y planificadora, esquilmando las complejidades, matices, heterogeneidades, que se dan en ellos.

El neoliberalismo organiza la individualización/privatización de lo común. Bajo el imperio neo-

liberal, el sentido de la experiencia traumática o del suicidio se descontextualiza a través de explicaciones biomédicas que alejan a la persona de posicionarse respecto a su experiencia por medio de narrativas que incluyan su biografía, sus valores personales o su contexto cultural. La etiqueta subsume las diversas experiencias singulares homogeneizando situaciones personales y experiencias muy diversas. La misma individualización ocurre en el trato neoliberal con las personas y los colectivos vulnerados, dirigiendo la mirada a su individual fragilidad y a su individual tratamiento.

Partir de la vulnerabilidad como la capacidad humana de ser afectado por el (lo) otro y de la necesaria interdependencia entre las personas, permite comprender el trauma y el suicidio como experiencias que están necesariamente engarzadas con los otros y la situación, de donde emergen el sentido y los significados, la cotidianidad del mundo de la vida que subyace a cualquier explicación técnica o experta. Así, la vulnerabilidad deja de ser una característica individual de una persona especialmente frágil, para ser una característica humana común a todas las personas que nos permite una apertura que a la vez es herida, que es fuente de poder y de impotencia. Y la particular vulnerabilidad de individuos o colectivos remite en su condición antropológica a los otros, y por tanto a las vulneraciones.

Hablar y actuar en estos términos permite descentrar la mirada del individuo aislado o el colectivo diferenciado y explicitar los riesgos que comporta la prevención individual de riesgos: medicalización de los problemas de la vida, creación de nuevas enfermedades psíquicas, control de la intimidad, contribución a la conformación de subjetividades características de la sociedad neoliberal, etc.

Las personas presas y los menores son ejemplos de colectivos vulnerados sobre los que cae buena parte del peso de la mirada patologizadora. Menores, reducidos a la franja poblacional en que los trastornos mentales se inician y por tanto, sobre los que hay que dirigir todas las estrategias posibles de prevención, con sus riesgos (20). Presas, sobre las que recae también el peso de la mirada patologizadora que va sustituyendo la mirada policial concretándose a través de



la medicalización del crimen (21) (aclaramos, no obstante, que este es un fenómeno complejo que no conviene tomar de forma ligera y que requeriría un análisis específico detallado).

La pandemia, que ha tenido distintos momentos y que se ha concretado en relatos diversos (22), trajo la conciencia de la vulnerabilidad común, compartida con los otros. Sin embargo, ese relato duró poco y, al margen de algunas

prácticas de apoyo mutuo que se establecieron y fortalecieron en algunos barrios o espacios, tuvo poca concreción práctica general. Lo que sí se ha establecido ampliamente es una regulación mayor de la vida en todos sus aspectos fundamentada en la biopolítica como régimen gubernamental contemporáneo y apoyado en los instrumentos que le son propios y que hemos señalado más arriba (normas, estadísticas, protocolos y procedimientos...).

Contacto

José M. López-Santín 📞 629 665 637
CSMA Martí i Julià. Parc de Salut Mar de Barcelona
C/Irlanda, 79. Santa Coloma de Gramenet • 08922 Barcelona

Bibliografía

- Castro R. *Neoliberalismo y gobierno de la vida*. En: VVAA. *Hacer vivir, dejar morir*. CSIC/Catarata, Madrid (2010).
- De la Mata I. *Salud mental y neoliberalismo*. En: VVAA. *Salud mental y capitalismo*. Cisma editorial, Madrid (2017).
- Piè Balaguer A. *La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Edicions de la Universitat de Barcelona, Barcelona (2019).
- Foucault M. *El nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económico, Buenos Aires (2007).
- Jordana E. *Foucault y la gubernamentalidad*. Curso “De la política a lo político”. Organizado por el Institut d’Humanitats de Barcelona, 2020. Audio disponible en: www.instituthumanitats.org/audios/2-7-foucault-y-la-gubernamentalidad
- Garcés M, López P y Cano G. “Los límites de la biopolítica y otras formas de gobierno”. Ciclo de debates online “Filosofía (anti)viral. ¿es posible la crítica en tiempos de pandemia? Organizado por Grupo de Investigación Complutense Cuerpo, lenguaje, poder (CLEPO), Foro Metabody 2020 y Reverso. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=3-3uYBawN8k>
- Ramos P. Vida, psiquiatría y biopolítica. *Frenia* (2009), Vol IX:7-32.
- Han B-Ch. *Psicopolítica*. Herder, Barcelona (2014).
- Madrid Pérez A. *Vulneración y vulnerabilidad: Dos términos para pensar hoy la gestión sociopolítica del sufrimiento*. En: Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad. Solé Blanch J. y Piè Balaguer A. Icaria editorial SA, Barcelona (2018).
- Honneth A. *La lucha por el reconocimiento*. Grijalbo Mondadori SA, Barcelona (1997).
- Stanghellini G. *Lost in dialogue. Antropology, psychopathology, and care*. Oxford University Press, 2017.
- Marcelo F. Aebi and Mélanie M. Tiago. Prisons and Prisoners in Europe in Pandemic Times: An evaluation of the medium-term impact of the COVID-19 on prison populations. *Council of Europe Annual Penal Statistics*, diciembre 2020. Disponible en: https://wp.unil.ch/space/files/2021/02/Prisons-and-the-COVID-19_2nd-Publication_201109.pdf
- Menéndez Osorio F. Trauma, vulnerabilidad y resiliencia. La patologización de los sucesos “traumáticos” de la vida. *Norte de salud mental* (2021); vol. XVII (64): 39-46.
- Esquirol JM. *Humano, más humano*. Editorial Acontillado, Barcelona (2021).
- Stanghellini G. *Atlante di fenomenologia dinamica*. Edizioni Magi, Roma (2008).
- Pérez-Sales P. La banalización del trauma. *Jano* (2004); Vol. LVXI (1506):312.

Pérez-Sales P. El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de salud mental* (2004); 20:29-36.

Guija JA et ál. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Rev Esp Med Legal* (2012); 38:161-71.

García-Haro J et ál. Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo* (2020); Vol 41(1):35-42.

Solmi M et ál. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2021 Jun 2.

MacPherson A. La mitad de los presos tiene un trastorno mental. *La Vanguardia*, 30 de julio de 2017.

Leal Rubio J. Relatos, búsqueda de sentido y construcción colectiva de futuro. *Norte de Salud Mental* (2020); vol. XVII (63):85-93.

- Recibido: 21/11/2021.
- Aceptado: 13/12/2021.

La atención en salud mental no necesita una Estrategia, sino un Plan de Acción. *

Como profesionales vinculados a la atención a los problemas de salud mental en distintos territorios del Estado español, queremos manifestar nuestra preocupación por la situación de este importante sector de la atención sanitaria y social, en un momento que consideramos especialmente significativo debido a la confluencia de algunos factores. Por un lado, la pandemia ha puesto de manifiesto importantes dificultades y carencias de los sistemas públicos de atención a este tipo de problemas, arrastrados en parte desde el desarrollo insuficiente, parcial y escasamente homogéneo de las reformas psiquiátricas y las disposiciones de la Ley General de Sanidad del 1986 y agravados por las políticas restrictivas de manejo de la crisis de la pasada década y los intentos de desmantelar los sistemas públicos abriendo vías a iniciativas privadas meramente lucrativas. El sector de la atención a la salud mental se muestra, así como uno de los necesitados de renovación y refuerzo, dentro del conjunto de nuestros sistemas públicos de atención sanitaria y social, con aspectos comunes, pero también otros diferenciados.

En este sentido, parece haber una sensibilidad social creciente sobre la necesidad de mejorar la situación, y así empieza a aparecer frecuentemente en los medios de comunicación, si bien hasta ahora de manera parcial, limitada a algunos tipos de problemas más fáciles de relacionar con los efectos de la pandemia (cuadros de ansiedad y depresión con dificultades de atención pública no exclusivamente farmacológica, suicidio en adolescentes, etc.) y lamentablemente acompañados de presiones corporativas y en ocasiones de algún tipo de manipulación política, con escasa audiencia de los expertos.

Actualmente, dentro de las perspectivas de mejora de nuestros sistemas públicos, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, manifiesta su propuesta de enfrentar el problema mediante la actualización de la tradicional Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional

de Salud, cuyas anteriores versiones (la primera y más consistente en el año 2006) han tenido hasta el momento escasos resultados prácticos, dado que la Estrategia ni va acompañada de Presupuesto, ni es de obligado cumplimiento para las CCAA, a pesar de tener que aprobarse en el Consejo Interterritorial. Pero, además, presenta para ello el borrador de un documento en nuestra opinión claramente inadecuado.

Aunque el análisis de la situación (incluyendo problemas de salud, situación de los recursos públicos y resultados de sus intervenciones) se enfrenta a graves dificultades por la insuficiencia de nuestros sistemas de información, convertidos a su vez en uno de los problemas necesitados de solución, no es difícil ponerse de acuerdo en algunas de las **carencias y dificultades más graves** con que nos encontramos:

1. Un número importante de personas que presentan distintos tipos de problemas de salud mental y que reciben una atención insuficiente y no siempre adecuada desde nuestros sistemas públicos. Hay que diferenciar aquí grupos o categorías específicas de problemas que exigen a su vez intervenciones diferenciadas, considerando especialmente:
 - a) La fracción mayoritaria, habitualmente agrupada bajo la denominación de Trastornos Mentales Comunes (TMC), en referencia a síntomas de ansiedad, depresión y manifestaciones somáticas diversas, y cuya atención corresponde mayoritariamente a los Servicios de Atención Primaria con el apoyo de Equipos de Salud Mental, en ambos casos pobremente dotados y con frecuentes dificultades de coordinación.
 - b) Un grupo menos numeroso, pero necesitado de abundantes recursos sanitarios y sociales, de lo que solemos denominar Trastornos Mentales Graves (TMG), agrupando problemas de tipo psicótico, frecuentemente afectados por

* Documento elaborado desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental durante el proceso de debate en torno a la Estrategia de Salud Mental.

el estigma y la discriminación y cuya atención intersectorial (salud, servicios sociales, empleo, etc.) tiene también graves carencias.

- c) Algunos problemas que afectan de manera más específica a determinados sectores de la población (niños y niñas, adolescentes, mayores, personas con discapacidad residentes en recursos sociales o en instituciones penitenciarias) y que tampoco reciben la atención necesaria.
 - d) Y el eterno problema de las adicciones, con todavía algunas CCAA en las que su atención queda fuera del sistema sanitario.
2. Unos sistemas públicos de atención que presentan a su vez graves deficiencias en distintos aspectos importantes y que tampoco encuentran solución en un sector privado más parasitario que alternativo:
- a) Una gran disparidad de estructura, dotación y funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales de las distintas CCAA, diversidad que es especialmente significativa en el caso de recursos sociales para personas con TMG y de recursos específicos para adolescentes.
 - b) Una clara infradotación de profesionales según estándares europeos razonables (de países con sistemas públicos comunitarios de atención, como los Países Nórdicos, el Reino Unido o Italia). Infradotación general pero especialmente llamativa en categorías profesionales especialmente indicadas para una atención integral y no predominantemente farmacológica (Psicología Clínica, Enfermería especializada, Terapia Ocupacional...). Y ante la que resulta inexplicable la recientemente conocida pretensión ministerial de disminuir un 25% el número de plazas MIR de Psiquiatría, como “fácil” cobertura financiera de las de la nueva especialidad de Psiquiatría infantil.
 - c) La persistencia en muchos territorios de formas arcaicas de servicios que según la Ley General de Sanidad estaban llamados a desaparecer, como es el caso de los Hospitales Psiquiátricos y que no solo persisten, sino que se acompañan crecientemente de nuevas formas de institucionalización de parecidos efectos.

d) Y la ausencia de un sistema de información común que permita conocer los perfiles cuantitativos de los problemas, de la estructura, dotación y funcionamiento de los recursos y de los resultados obtenidos con ellos. Situación que caracteriza al conjunto del país y a sus distintas CCAA, con mecanismos parciales y carentes además de criterios similares y susceptibles de comparación.

3. Una orientación predominante de la atención basada en gran parte en modelos inadecuados y parciales, con empleo mayoritario de fármacos y en ocasiones faltas de respeto a algunos derechos humanos básicos de las personas atendidas (poco respeto personal, abuso de la hospitalización involuntaria y de las sujeciones mecánicas, además de otras formas de discriminación incluso legales). A este respecto y como excepción y avance, hay que señalar la importancia de la reciente modificación de la legislación relativa a la protección legal de personas con discapacidad, que elimina formalmente y de manera progresiva los procedimientos de incapacitación y tutela.

Ante esta situación, la iniciativa ministerial de la Estrategia corre el riesgo de no solo no solucionar nada, sino de enmascarar y cronificar los problemas, con una imagen ilusoria de abordaje de los mismos, de corto recorrido, pero que nos haría perder una oportunidad histórica de encauzar una solución real:

- a) Por un lado, porque el instrumento “Estrategia” resulta cuando menos de utilidad limitada, como tuvo que reconocerse en su día en la evaluación de la primera, en la que prácticamente ninguno de los objetivos y recomendaciones centrales referidas a la atención, fueron implementados de manera sustancial por las distintas CCAA. Hay que recordar, a este respecto, que, a diferencia de un Plan, una Estrategia formula recomendaciones, pero no establece los mecanismos financieros y administrativos que permiten cumplirlas.
- b) Pero, además, en este caso, porque el documento presentado tiene deficiencias importantes en muchos aspectos, desde el pobre y parcial análisis de la situación y la escasamente justificada formulación de las líneas prioritarias de actuación, hasta el inventario



excesivo y poco trabajado de objetivos y recomendaciones y la insuficiencia de los mecanismos de evaluación propuestos. Condicionado también por las limitaciones y la escasez de componentes del actual equipo de asesores técnicos del Ministerio en este terreno.

Por esas razones pensamos que lo que necesitamos es distinto. Así, en un momento especialmente interesante, en que desde el Gobierno se pretende impulsar una agenda de modernización y refuerzo de nuestros sistemas públicos de atención sanitaria y social, en nuestra opinión **procede que el Ministerio:**

1. Detenga el proceso de revisión de la Estrategia y deseche el borrador ahora presentado, por considerarlos absolutamente inservibles para enfrentarse coherentemente a los problemas de la atención en salud mental.
2. Proponga al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la adopción de un Plan de actuación urgente que trate de paliar los problemas más importantes, especialmente puestos de manifiesto con la pandemia. En concreto se trata de:
 - a) Insistir en el impulso a una atención personalizada, participativa y respetuosa con los derechos humanos.
 - b) Reforzar la Atención Primaria, nivel sanitario base y soporte de la salud pública y sus problemas, en los que se incluyen un gran número de trastornos mentales que no requieren intervenciones especializadas.
 - c) Incrementar el conjunto de los recursos públicos de atención sanitaria especializada en Salud Mental, con énfasis preferente en aquellas categorías profesionales menos

representadas y más relacionadas con los grupos de población de problemas más relevantes (TMC y TMG). Para lo que resulta imprescindible además aumentar (y no disminuir) el número de plazas anuales de formación especializada (MIR, PIR, EIR).

- d) Establecer programas de actuación conjunta de estos servicios con la Atención Primaria, para la atención no farmacológica a los TMC, basados en modelos de colaboración.
 - e) Definir de manera homogénea y con criterios de calidad (como apoyo a la recuperación) los recursos adscritos al Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia referidos a personas con TMG e incrementar su dotación.
 - f) Y establecer un mínimo Sistema de Información en todas y cada una de las CCAA, con criterios similares y comparables, así como un procedimiento periódico de análisis conjunto y difusión de la información obtenida.
3. Y ponga en marcha un proceso a más largo plazo, que permita reevaluar seriamente la situación y proponer un abanico de medidas incluíbles en un auténtico Plan Integral de Salud Mental a nivel estatal, de carácter intersectorial y acompañado de sus correspondientes recursos financieros, administrativos y legales. Para lo que es necesaria la creación de un Grupo de Trabajo amplio, diversificado, representativo y técnicamente cualificado, con una dirección responsable por parte de un o una profesional con claras competencias en el tema.

Septiembre 2021

Asociación Española de Neuropsiquiatría/
Profesionales de Salud Mental (AEN/PSM)

Firmado por: José Carmona Calvo, Mercedes Castro García, Francisco Del Río Noriega, Eudoxia Gay Pamos, Margarita Laviana Cuetos, Marcelino López Álvarez, Iñaki Markez Alonso, Ander Retolaza Balsategui, Francisco Rodríguez Pulido, Antonio Tarí García, Amalia Tesoro Amate, Mariano Hernández Monsalve, Manuel González de Chávez, Begoña Olabarriá González, César Sanz de la Garza, María Jesús Gómez Rodríguez, Carmen Carrió Rodríguez, Fernando Mansilla, Consuelo Escudero Álvaro, Amparo Belloch Fuster, Marisol Filgueira Bouza, Ana Martínez, Ana Castaño Romero, Óscar Martínez Azumendi, Pedro Pérez, Regina Bayo-Borrás Falcón, Jorge L. Tizón García, Guillermo Rendueles Olmedo, Federico Menéndez, Ana Moreno Pérez, Raimundo Mateos, Manuel Desviat Cejudo, Carmen Ferrer Dufol, Francisco Chicharro Lazcano, Josep M. Comelles Esteban, Mari Fe Lozano, Víctor Aparicio Basauri, Cándido Polo Griñán, Fernando Colina Pérez, José Manuel Lalana Cuenca, Antonio Espino Granado, Laura Martín López-Andrade, Alberto Fernández Liria, Fernando Paredes Rodríguez, Florencio Moneo Martín, Ramón Área Carracedo, Bittor Puente Pazos, M. Luisa Sánchez-Castellanos, Patricia Insua Cerretani, Rosa Gómez Esteban, Mikel Munarriz Ferrandis, Silvestre Martínez Benítez, Antonio Sariego Morillo, José M^a Redero San Román, Juan Antonio Estévez Salinas, Selma Franco Salonia Amin, Marisa Terradillos Basoco, Bartolomé Ruiz Periago, Francisco Valdivia Muñoz, Laura Medina Garrido...



HISTORIA

La influencia de las hermanas Bernays en la vida de Freud.

The influence of the Bernays sisters in the life of Freud.

Francisco Balbuena Rivera.

Psicólogo y filósofo. Profesor contratado doctor. Universidad de Huelva.

Resumen: Mucho ha sido escrito y reflexionado acerca de Sigmund Freud y el desarrollo histórico del psicoanálisis fuera y dentro de la comunidad científica. Desde esta perspectiva, como hombre, original pensador y sagaz clínico se ha debatido su rol en la historia del psicoanálisis, y especialmente, en la historia del saber freudiano. De forma diferente ha sucedido con quienes le acompañaron en su devenir vital, esposa, hijos y familiares, por citar los más cercanos, cuya vida ha quedado ensombrecida tras la sombra del *gigante*, del genio que nos enseñó entre otras cosas la vía regia para acceder al inconsciente analizando los sueños o el funcionamiento del aparato psíquico con su modelo de mente. De quienes le apoyaron en su vida y formaron parte de su círculo familiar más íntimo, nos centramos en este trabajo en su esposa Martha y su cuñada Minna. La primera, con quien se casó en 1886, dándole seis hijos y una estabilidad para trabajar y despreocuparse de las tareas cotidianas, mientras la segunda siendo la fiel confidente de sus logros intelectuales, especulaciones teóricas y (de acuerdo a algunos) su amante. El objetivo de todo ello es ofrecer una imagen lo más fiel posible de Martha Bernays, como escudriñar la evidencia que apoya la existencia de tal *liaison* entre Freud y su cuñada Minna Bernays. Visibilizamos así la influencia que ambas hermanas ejercieron en el *padre* del psicoanálisis como hombre e investigador de la mente. El edificio psicoanalítico, pues, más que por su creador, es aquí revisitado desde la perspectiva de dos mujeres que acompañaron a Freud en su vida y en la difícil conformación y desarrollo de la matriz psicoanalítica.

Palabras claves: S. Freud, Martha, Minna, Bernays, psicoanálisis.

Abstract: There has been a vast amount of writing and reflection about Sigmund Freud and the development of psychoanalysis over time, from both within and beyond the scientific community. Freud has been regarded through different prisms – the man, the original thinker, the sage clinician – and his role in the history of psychoanalysis, and more particularly in the development of the Freudian approach, has been hotly debated. Less has been said about those who accompanied him throughout his life's work, his wife, his children and his family members, to name but the closest, whose lives were lived in the shadow of the colossus, the genius who taught us among other things how dream analysis can unlock the secrets of the unconscious and how to account for the workings of the human psyche through his model of the mind. From among those who supported him in his daily life and formed his innermost family circle, this study centres on his wife Martha and his sister-in-law Minna. The former, whom he married in 1886, bore him six children and provided the stability for him to work free from the demands



of everyday chores, while the latter became the faithful confidante of his intellectual achievements and theoretical speculations, and [according to some] his lover. The aim is to offer as accurate as possible a portrait of Martha Bernays, and to scrutinize the evidence in support of the claim that there was a *liaison* between Freud and his sister-in-law Minna Bernays. We can thus gain an insight into the influence of the two sisters on the *father* of psychoanalysis as a man and researcher into the mind. In this respect, the edifice of psychoanalysis is revisited less from the perspective of its creator than of the two women who accompanied Freud throughout his life and throughout the difficult configuration and development of the psychoanalytic framework.

Key words: S. Freud, Martha, Minna, Bernays, psychoanalysis.

Introducción

Un dicho popular afirma que *detrás de un gran hombre hay una gran mujer*, aserto que hoy podríamos calificar de machista. Pues, tal como está redactado, sigue anteponiendo la figura masculina sobre la femenina, proponiendo nosotros cambiarlo por el de *junto a una gran persona suele estar siempre otra*. Con esta fórmula creemos que se coloca a hombre y mujer en el mismo plano, y no a uno u otra delante o detrás a modo de una competición. Dudando de que nuestra propuesta sea aceptada sin resistencia alguna por académicos de la lengua y el vulgo, diremos que en el caso de Sigmund Freud (1856-1938), sin embargo, parece que había dos mujeres, para más señas, hermanas, que le acompañaron en la gestación y desarrollo de la matriz psicoanalítica. Una fue Martha Bernays (1861-1951), con quien se casó y engendró seis vástagos; mientras la otra, Minna (1865-1941), su cuñada, con la que además de compartir intereses intelectuales también compartió encuentros de alcoba.

Si Jung (1875-1961) fue alentado por Freud a dar término a las relaciones extra-terapéuticas con la inteligente y talentosa Sabina Spielrein (1885-1942), el último también debería haber finalizado las relaciones con su cuñada. Sea como fuere, esto no invalida las obras freudiana y jungiana, que no deben ser valoradas por las debilidades humanas de sus autores, sino por sus conceptualizaciones teórico-clínicas para abordar y/o tratar el vasto y complejo campo de los llamados trastornos mentales. Alguien podría aquí argüir (creemos que con justo y certero criterio) que, incluso al hablar de las infidelidades conyugales de Freud y Jung, se coloca el foco en sus protagonistas masculinos, y no en las perspectivas

femeninas de quienes decidieron compartir encuentros íntimos con ellos. Para arrojar algo de luz acerca de tales perspectivas, esbozaremos las trayectorias vitales de Martha y Minna, y no la de Spielrein, de la que, a diferencia de las dos previas, existe una vasta e interesante literatura desde tiempo atrás (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Comencemos, pues, señalando quiénes eran las hermanas Bernays y en que atmósfera familiar y sociocultural se desarrollaron sus vidas antes de vincularse a la de Freud y al temprano movimiento psicoanalítico.

Martha y Minna: antecedentes familiares y lazos con Freud

Hemos de decir, antes de centrarnos en el ambiente más íntimo en que ambas hermanas crecieron que, la primera biografía elaborada acerca de Martha Freud, fue redactada por Katja Behling, viendo la luz en alemán en 2002. Su título era *Martha Freud: die Frau des Genies (Martha Freud: la esposa de un genio)*, que, en la edición inglesa consultada por nosotros, publicada en 2005, fue modificado por el de *Martha Freud. A biography (Martha Freud. Una biografía)* (22). A nuestro modo de ver, tal cambio de título implica conceder más protagonismo a la biografiada, que, en el título dado en la edición alemana, parecía estar ensombrecida por el genio creador de su afamado esposo. En 2006 en francés aparecía también la biografía de Martha Freud titulada *Madame Freud*, autoría de Gérard Badou, cuyo título fue modificado en su edición española publicada en 2007 al de *Martha Freud, intitúlándose una compañera irremplazable* (23). En línea similar a lo proferido respecto al

cambio de título obrado de la edición alemana a la inglesa en el ensayo de Behling podría decirse del de Badou, cuyo título en español, a diferencia del dado en francés, imprime una posición más comprometida y afirmativa del rol que Martha Bernays desempeñó en la vida de Freud.

Antes de ambos ensayos, de los cuales el de Behling es más riguroso y más detallado que el Badou, en distintas biografías de Freud (24, 25, 26), por citar solo tres de las numerosísimas que se han escrito, las dos últimas de las cuales han sido reconocidas obras de gran valor histórico para analistas y profanos del psicoanálisis, se hace alusión a su esposa y cuñada, Martha y Minna Bernays, aunque siempre quedando en un segundo plano al fijarse el foco en Freud. Nuestro trabajo invertirá ahora tal cosa, al centrarse en ambas mujeres y en su relación con Freud, que de este modo quedará algo “empequeñecido” por una y otra.

Agrandemos pues la figura de Martha destacando sus más significativos hitos biográficos. Nacida en Hamburgo (Alemania) el 26 de julio de 1861, fue la sexta hija del matrimonio de Berman Bernays y Emmeline Philipp, padres de siete hijos. Tres de ellos (Fabian, Michael y Sara), nacidos antes que ella, fallecieron a edades muy tempranas entre agosto de 1857 y abril de 1859 (22). Con sus dos hermanos mayores (Isaac nacido en 1855 y Elias en 1860), Martha tuvo una excelente relación, al igual que con su hermana menor Minna, nacida en 1865. Que a uno de sus hermanos le pusieran el nombre de Isaac posiblemente fue en recuerdo de su abuelo paterno, Isaac Bernays (1792-1849), quien, desde 1821, se convirtió en el rabí al mando de la comunidad germano-judía de Hamburgo. Bajo su guía se emprendieron importantes reformas educativas en la citada comunidad, que solo fueron truncadas por su muerte repentina de apoplejía acontecida en 1849. Cuatro años después del nacimiento de Minna, en 1869, la familia se trasladó a Viena en busca de un futuro mejor, acuciado Berman Bernays por las grandes deudas contraídas con diversos acreedores, lo que le ocasionó arrestos y que se emprendieran acciones judiciales contra él. A esta frágil y delicada situación económico-familiar vino a unirse la temprana muerte de Isaac, el hermano de Elias, Martha y Minna y favorito de su madre Emmeline en 1872, y la de

Berman, esposo de esta última y padre de todos ellos en 1879. Elias, el hijo varón superviviente, quien llegará a ser editor de una revista de economía y astuto hombre de negocios, se convertía así sin pretenderlo en el cabeza de familia, ocasionándole esto serias disputas y enfrentamientos con su madre Emmeline. Tal difícil estatus financiero explicaría que no fuera hasta 1880, en Viena, cuando los nacimientos de los siete hijos del matrimonio Bernays-Philipp fueran inscritos en el correspondiente registro civil.

En relación al forzoso traslado ya referido de los Bernays a Viena, como de la difícil situación familiar que después les sobrevino, Badou (23), ignorante de todo ello, se limita a decirnos que tal marcha a la capital austriaca se debió a la política de mano dura auspiciada por el canciller Bismarck que no compartía Berman Bernays.

Acerca de cómo el traslado a Viena y los problemas con la justicia que tuvo Berman Bernays afectó emocionalmente a su hija Martha, sabemos que hasta años recientes, según ha podido corroborar Behling (22), nada sabían sus descendientes, señalando también esta sagaz investigadora que frente a lo sucedido Martha siempre actuó honestamente, cumpliendo los compromisos adquiridos aun cuando éstos en ocasiones fueran en contra de sus más profundas creencias y convicciones.

Si Berman pecó de ingenuo en los negocios que emprendió, o si por el contrario, a sabiendas se comportó de forma deshonesto, se ignora. Lo que si se constata es que Martha le tenía en alta estima. Diferente, sin embargo, era el vínculo afectivo que tenía con su madre Emmeline, quien es descrita como una mujer autoritaria que antepone sus deseos personales al bienestar de sus hijos. En apoyo de esta imagen materna de Emmeline, están los testimonios del propio Sigmund Freud y de Ignaz Schönberg, un amigo suyo cercano, quien planeaba casarse con Minna, la hermana de Martha. Ignaz, desafortunadamente, falleció de tuberculosis en 1886 (22), dejando a Minna profundamente desolada. De su delicada salud eran ya conscientes Freud y Martha, como así se evidencia en los comentarios que el primero expresa a la segunda acerca del fatal destino de Ignaz y Minna en las misivas fechadas el 23 y 25 de junio de 1885 desde Viena (23).

Retornando a Emmeline, quien luego se convertiría en la suegra de Freud, el intenso desagrado que éste siente hacia ella era fuertemente compensado por Martha, cuya hambre de conocimiento y su interés en arte y literatura le atrajeron enormemente desde que la conoció en abril de 1882. Tal cosa propició que Freud y Martha debatieran acerca de libros que ambos leían, por ejemplo, de Dickens, J. S. Mill o Cervantes, por citar algunos de ellos. A pesar de esto, hasta casarse, lo que ocurrió el 13 de septiembre de 1886, sus relaciones fueron difíciles, dadas las tensiones entre Freud y su posterior suegra, como la falta de ingresos que éste tenía, lo que le hacía ser juzgado poco apto por aquélla para ser el esposo de su hija Martha. Freud, sin embargo, no se daba por vencido, trabajando con tesón, y en sus momentos de asueto escribiendo tiernas y apasionadas cartas a su prometida Martha. Fiel expresión de sus sentimientos son los siguientes extractos que reproducimos. El primero de una misiva fechada el 14 de agosto de 1882, mientras el segundo de otra que Freud le envía a Martha el 18 de junio de 1884:

(...) De ahora en adelante no eres sino un huésped de tu familia, al igual que una joya que hubiese empeñado y que recobraré en cuanto tenga el dinero para ello. Pues ¿caso no ha sido establecido ya desde tiempos muy remotos que la mujer dejará a su padre y a su madre y seguirá al hombre amado? No debes entristecerte, Marty, ni luchar contra ello. Por mucho que ellos te quieran, no renunciaré a ti, ni creo que nadie te merece más que yo. No hay otro amor que pueda compararse con el mío (Freud, 14 de agosto de 1882) (23).

(...) Antes de ti ignoraba lo que era la alegría de vivir, y ahora que eres mía “en principio”, la única condición que pongo a la vida es que me permita tenerte conmigo completamente. Por lo demás, aparte de eso no espero más de la vida. Soy muy terco y temerario y necesito grandes estímulos, y he hecho cosas que cualquier persona sensata consideraría osadas. Una de ellas fue la de emprender la senda científica siendo pobre; otra, la de que, siendo pobre, capturase el corazón de una muchacha pobre... Pero así ha de continuar mi vida; mucho riesgo, mucha esperanza, mucho trabajo (Freud, 19 de junio de 1884) (23).

Si estas cartas evidencian la fuerte determinación de Freud por conseguir a la mujer que ama, otras de su intercambio epistolar con Martha redactadas entre 1882 y 1886, en que ambos se casan, muestran un hombre enamorado, sensible y guiado por el firme propósito de poder llevar a buen término desposarse. Vinculado a esto, la falta de dinero que tiene hace que Freud presione a Eli, el hermano de Martha, para que le reintegre a ésta el dinero de su dote, dadas las dudas que alberga respecto al uso inversor que su futuro cuñado pudiera hacer de él. Arguye Behling (22) que tal recelo resulta sorprendente en Freud, pues, previamente a comprometerse formalmente con Martha, conocía bien a Eli, ya que además de formar parte de su círculo de amigos estaba comprometido con Anna, la hermana de Sigmund. Cuando ésta se casó, Sigmund no acudió a su boda, normalizándose las relaciones con ella y su esposo Eli cuando éstos emigraron a Nueva York en 1893. Se ha sostenido que tal ruptura entre Sigmund y Eli se inició en 1883, cuando éste contrató como asistente no remunerado a Alexander Freud, el hermano pequeño de aquél, ocasionándole a Sigmund un gran enojo. Fue entonces cuando el airado Sigmund pidió a su prometida Martha que intercediera a su favor, a lo que ésta se negó, intensificando esto más si cabe el enfado de Freud, que decidió no ir a la boda de su hermana Anna con Eli (23). Muchos años después, Edward Bernays, sobrino de Freud, sería el encargado de traducir y editar algunos de los trabajos de su afamado tío para el potencial mercado estadounidense.

Con tal atmósfera familiar, el matrimonio de Sigmund y Martha, fue aumentando en el número de sus miembros, llegando a alcanzar la cifra de seis vástagos (Mathilde nacida en 1887; Jean Martin, en 1889; Oliver, en 1891; Ernst, en 1892; Sophie en 1893, y, finalmente, Anna en 1895). Tras este último parto, Martha, que entonces contaba 34 años, quedó muy exhausta, desarrollando un cuadro clínico de conversión somática caracterizado fundamentalmente por una parálisis de la escritura, una afición de gran importancia para ella, con la que se evadía de sus actividades cotidianas y daba rienda suelta a su creatividad e imaginación. De tal derrumbe emocional, sin embargo, Behling (22) nada refiere acerca de cómo fue encarado por Freud,

dejando así al lector experto y lego que especule acerca de las motivaciones conscientes e inconscientes subyacentes a tal interrupción manual motora. Descrito tales hechos, cabría preguntarse cómo era el carácter de Martha como madre. Junto a la pulcritud en el vestir, el orden y las buenas formas al actuar en privado y en público, lejos de la estricta educación religiosa que ella recibió, educó a sus hijos en un clima de libertad y genuina tolerancia en lo que atañe a sus creencias religiosas y modo de concebir el mundo y las relaciones con los otros.

Con todo, lo anterior no evitó que ella y Sigmund sintieran honda preocupación por sus tres hijos varones, movilizados en el ejército austriaco al estallar la Primera guerra Mundial (1914-1918), como por la pequeña Anna, entonces en Londres, que, vía Gibraltar e Italia, consiguió regresar a Viena (23). Tal retorno fue posible merced a la mediación del psicoanalista galés y biógrafo oficial de Freud Ernest Jones (1879-1958), como del embajador austriaco entonces destinado en Londres.

A modo de digresión, previo al inicio bélico de tal contienda, en el último tercio del siglo XIX, concretamente entre las décadas de 1880 y 1890, es reseñable destacar entre las amistades que Martha profesó la de Bertha Pappenheim (1859-1936), más conocida en los anales del psicoanálisis como *Anna O.*, paciente de Josef Breuer (1842-1925), mentor y amigo de Freud, quien la había tratado desde 1880 a 1882 sirviéndose del método catártico (27). Bertha, que provenía de una acaudalada familia judía vienesa, más tarde se convertiría en una figura destacada del feminismo, dado su serio compromiso con la defensa de los derechos de las mujeres (28).

De vuelta a los años treinta del siglo pasado, es de sobra conocida la marcha obligada que a finales de esa década por su condición de judíos realizaron Freud, Martha, Minna, Anna Freud y otras personas de su servicio doméstico a Reino Unido. A excepción de Minna, que viajó a Londres en mayo de 1938, el resto de los Freud lo hizo un mes después. En 1939, concretamente el 23 de septiembre, falleció Freud de muerte inducida. Su esposa Martha le sobreviviría 12 años, al morir el 2 de noviembre de 1951. Minna, sin embargo, delicada de salud, moriría en febrero de 1941.

Las cenizas de Martha, que fue incinerada, fueron depositadas junto a las de su esposo en la urna griega que contenía las suyas, siendo esculpido su nombre bajo la columna de piedra donde figuraba el de Sigmund (22).

Qué hay de fabricado y real entre Minna y Freud

Todo rumor, aún cuando luego se confirme o refute, deja siempre una mácula, un halo de duda, en quienes son objeto de él. Sirviéndonos de las propias reflexiones freudianas insertas en *La moral sexual <<cultural>>* y *la nerviosidad moderna* (1908) (29), donde afirma que el remedio para la nerviosidad nacida del matrimonio sería más bien la infidelidad conyugal, sin que ello implique recurrir al psicoanálisis con fines de liberación sexual, reconstruiremos con la evidencia disponible lo que hubo de cierto y de ficción novelada en su *affair* con su cuñada.

Esta última, que se había instalado temporalmente a finales de 1896 en el número 19 de Bergasse, hogar vienés de Martha y Sigmund, acabará sin embargo viviendo con ellos y la familia creada por éstos durante 43 años (30). De Minna da cuenta Behling (22) solo en cinco páginas de su biografía de doscientas seis dedicada a Martha Freud, describiéndola como una mujer inteligente, varonil, con un carácter más afín al de Sigmund que el que poseía Martha. Refiere también la relación fraternal entre ambas hermanas como buena, finiquitando la presunta *liaison* de Freud-Minna como un bulo, apoyándose para decir esto en la voz autorizada de Peter Gay (26), cuya biografía del *padre* del psicoanálisis es considerada rigurosa y ajena a una posible acusación de hagiográfica.

Seguidamente veremos en qué se basa Gay (26) para negar tal *affair* y en qué Barry G. Gale (31) en su libro *Love in Vienna. The Sigmund Freud-Minna Bernays affair* (*Amor en Viena. La aventura amorosa de Sigmund Freud y Minna Bernays*) para dar crédito y veracidad a tal relación amorosa. Hemos de señalar que, más que la relación amorosa en sí, lo que nos interesa visibilizar aquí es la influencia que las hermanas Bernays ejercieron en la vida de Freud.

La primera alusión de tal relación es mencionada por Jung, quien, acompañado de su esposa,

al visitar a Freud por vez primera en 1907, afirma que Minna le pidió consejo con respecto a este delicado asunto. De tal cosa da crédito Billinsky en un artículo publicado en 1969 (32). Seguidamente, se nos informa, que han sido también encontrados registros en un hotel suizo donde se alojaron Freud y Minna bajo el nombre de Dr. Freud y esposa, indicándonos también que éste fue uno de los muchos viajes que ambos realizaron juntos (33, 34). En torno a esto último se ha manifestado que, aunque ambos se inscribieran como matrimonio, eso no implica que mantuvieran relaciones íntimas, sino que fingieran ser esposo y esposa para así evitar la prohibición legal que existía de alojarse en los hoteles sin estar casados (26).

Con todo, en el prefacio del libro antes citado, Gale (31) ya previene que si tal aventura amorosa es pura invención eso se debe a Minna, que mintió o fantaseó haber tenido tal relación con su cuñado, pero nunca a un deseo retorcido de Jung por desacreditar a Freud. En defensa de la honorabilidad de Jung, Gale (31) alude a la entrevista realizada por Kurt Eissler (1908-1999), fiel analista freudiano, fundador y primer director de los archivos Freud de la Biblioteca del Congreso de EE UU, quien entrevistó a Jung el 29 de agosto de 1953 (35). En ésta, según Burston (36), el entrevistado le confesaba a su entrevistador que, en 1907, mientras visitaba a Freud, él y Minna compartieron momentos de privacidad, confesándole entonces su aventura amorosa con Freud. Tal aserción, a juicio de Gale, que leyó tal entrevista en alemán cuando fue desclasificada de los archivos de la Biblioteca del Congreso de EEUU en 2013, resulta ignominiosa, pues Jung nada refiere de ello. Que Jung no dijera nada es atribuido por Gale (31) a la sospecha de éste de la “encerrona” que le tenía preparada Eissler, quien así esperaba la confirmación de Jung como el responsable de los rumores sexuales que existían acerca de Freud y su cuñada. Colocándonos en el papel de Jung, y aceptando lo que sugiere Gale, aquél podría haber rechazado ser entrevistado por Eissler, dado que sabía perfectamente que su entrevistador era un convencido analista freudiano, que por tal condición podía incomodarle con las preguntas elaboradas para responder. Sin embargo, Jung aceptó ser entrevistado, tal vez porque así acallaría críticas contra él o

porque de no haberlo hecho le hubiera ocasionado aún peores resultados de los esperados si se hubiera negado.

Pero prosigamos nuestro relato. Si Jung realmente nada dijo de tan delicado asunto en tal entrevista de 1953, ¿por qué Burston afirma que si lo hizo? Como explicación más plausible de tal error cabe postular que Burston no examinara de primera mano la entrevista en alemán ya aludida, como así defiende Gale, pero sí otras fuentes documentales, como el artículo ya citado de Billinsky de 1969. En este último, su autor se apoyaba en una entrevista que le hizo a Jung en 1957, donde éste le informaba de tal *affair* entre Freud y Minna Bernays. Dada la cercanía de fechas (1953 y 1957) entre la entrevista realizada a Jung por Eissler y la de Billinsky a Jung, es cabalmente explicable el error de Burston. Pero ¿qué llevó a Eissler y a Billinsky a entrevistar a Jung? Creemos que la confirmación por propia boca de Jung de que fue él quien propagó el rumor de tal desliz conyugal de Freud. Apoyando nuestra tesis está la monumental biografía de Freud redactada por Gay (26), donde, preservando la identidad (o quizás por ignorancia) de la persona a quien Jung le confesó tal *affair*, nos informa de que su difusión pública fue iniciada por Jung. ¿Quién fue la persona a la que Jung le confesó tal infidelidad? Billinsky (32) afirma que fue el Dr. C. A. Meier, quien después de confesárselo Jung compartió tal secreto con Billinsky, que a su vez buscó confirmación en el propio Jung, entrevistándolo en 1957.

La siguiente cuestión a contestar es el porqué Billinsky se decidió a publicar lo que sabía de tal infidelidad 12 años después de entrevistar a Jung, esto es, en 1969. Según Gale (31), la razón fundamental de ello se debió a la publicación en 1969 de un artículo en la revista *Magazine*, donde aparecía una misiva (que formaba parte de las otras doce halladas en el sótano de la biblioteca de la universidad de Clark) fechada el 28 de agosto de 1923, donde Freud le respondía a G. Stanley Hall que, si él (Hall) hubiera sido más conocedor de los hechos reales acontecidos entre él (Freud) y Jung, posiblemente no hubiera pensado que se trataba de otro caso más en que un padre no permite a sus hijos desarrollarse, sino que lo hubiera interpretado como el deseo de los hijos de asesinar a su padre, al igual que sucedía en tiempos remotos.

Quedando así Jung culpado de haber deseado matar a Freud, una suerte de *padre simbólico* para él, Billinsky se decide en 1969 a reparar tal grave acusación. Sin embargo, tras analizar meticulosamente la correspondencia intercambiada entre Freud y Hall, Gale (31) advirtió que Billinsky erró, ya que a quien alude Freud en su carta a Hall del 28 de agosto de 1923 es a Adler y no a Jung. Manteniendo este error, Billinsky (32) arguye en defensa de Jung que, más que asesinar a Freud, lo que se encontró aquél fue una feroz resistencia por parte de Freud a analizarle sus sueños cuando viajaban en 1909 en barco desde Europa a EE UU. Como es sabido, el objetivo de tal viaje era impartir unas conferencias en la universidad Clark para dar a conocer el psicoanálisis en suelo norteamericano (37). Tales sueños son a los que Jung denominó “triangulares”, dada la presencia en los mismos de Freud, Martha y Minna, producciones oníricas donde cabe pensar que Freud temiera que Jung hallara indicios de su relación extra-marital con su cuñada. Inversamente, Freud era a su vez conocedor de la relación extra-terapéutica que Jung tenía con su paciente psiquiátrica Sabina Spielrein. Apoyando tales hechos, reproducimos lo expresado por Sánchez-Barranco (38) a este respecto:

En la separación de Freud y Jung participaron sin duda enfrentamientos teóricos, pero también ciertos asuntos personales, como pudiera ser el que Freud hubiera tenido conocimiento directo de un desliz profesional de Jung con una paciente, Sabina Spielrein (que luego sería psicoanalista), con la que al parecer tuvo relaciones amorosas (...).

Por otro lado, y es lo que Jung ha referido, en el barco que los llevaba a Estados Unidos, cuando intentó analizar un sueño que Freud le había relatado (y sobre el que afirmó no estar autorizado a exponer su contenido, aunque en un momento dado comentó que se trataba de un asunto afectivo de aquél con su cuñada Minna), Freud se negó a proporcionar ciertos datos de sus asociaciones, indicando que podría ponerse en peligro su prestigio, lo que produjo en Jung desagrado, pues colocaba la autoridad personal por encima de la verdad (pp. 356-357).

Desde esta perspectiva, Freud no estaría impidiendo el desarrollo de uno de sus hijos intelectuales (Jung), sino el acceso a detalles íntimos de su vida que solo le concernían a él. Vinculado a esto, Peter Rudnytsky (39), uno de los pocos que ha tenido acceso a las notas originales de Billinsky, le confesó a Gale (31) mediante comunicación personal fechada el 24 de diciembre de 2013 que Billinsky indicaba en sus notas que Jung le había confesado que Minna tuvo relaciones sexuales con Freud. Habría, pues, una diferencia marcada entre lo publicado por Billinsky en 1969, cuando afirmaba que Minna le confesó a Jung que mantenía “una relación realmente muy íntima con Freud” y lo que aquél registró en su entrevista con Jung. Confirmando que lo dicho por Rudnytsky era cierto, Gale (31) expresa que el hijo de Billinsky, John M. Billinsky, Jr., psiquiatra de profesión, le ratificó lo referido por Rudnytsky en comunicación personal de 27 de enero de 2014. En línea similar, Kerr (9), otro de los pocos afortunados en disponer de las notas íntegras que Billinsky tomó a Jung mientras le entrevistaba, expresa que lo hecho público de tal entrevista omite detalles de lo recogido en tales notas, al no reflejar fielmente lo que en la misma aconteció. C. A. Meier, recordemos confidente de Jung y amigo de Billinsky, también se sorprendió enormemente ante lo publicado respecto al *affair* Freud-Minna en 1969, presionando a Billinsky para que sacara a la luz todo lo que había transcrito en su encuentro con Jung.

Sea como fuere, la ruptura Freud-Jung no reposa como Gale sostiene (31) solo en que Jung fuera el propagador de la infidelidad de Freud, sino también, como así ha sido seriamente justificado, en diferencias teórico-técnicas irreconciliables entre ambos, como es el papel que uno y otro conferían a la *libido*, el rechazo de Jung al complejo de Edipo, al admitir la influencia de factores presentes y no solo infantiles en la génesis de la neurosis, todo lo que le acercaba a ideas adlerianas y le distanciaba de Freud (38).

Asumiendo todo lo anterior, cabría preguntarse también por qué vía le llegó a Freud los rumores acerca de su relación extraconyugal, murmuraciones que sabía sobradamente que circulaban, como así se recoge en el capítulo C. G. Jung, *a Witness or, the Unreliability of Memories* (C. G. Jung, *un testigo o, la falta de fiabilidad de los recuerdos*) (pp. 107-184), inserto en el libro *Three Instances of Injustice* (*Tres ejemplos de injusticia*) (40). Entre

las fuentes más cercanas que pudieron informar a Freud de tales rumores está Eva Rosenfeld, paciente suya, que, además de frecuentar los mismos círculos sociales que Freud, antes de Dorothy Burlingham, había sido una de las amigas más íntimas y estrechas de Anna Freud (41).

De vuelta al prefacio del libro de Gale (31), sorprende que se diga que Minna fue en esencia la segunda esposa de Freud, más deseable que Martha, lo que avalaría sus escapadas juntos, cuando antes en algún momento Gale (31) ha cuestionado de si tal relación extramarital aconteció o no realmente.

Lo que parece corroborarse es que Minna, a diferencia de Martha, resultaba una compañía más placentera para el *padre* del saber psicoanalítico, al cubrir Martha sus necesidades físicas, de cuidado, propias de una esposa decimonónica, mientras que Minna tal vez otras también necesarias de naturaleza intelectual y/o sexual (24).

Respecto a esto último, se ha esgrimido lo improbable de tal cosa, al ser Minna una mujer de escaso atractivo sexual, como así lo constató Gay (26) en la entrevista que le realizó a Helen Schur el 3 de junio de 1986. Helen, quien conoció personalmente a Minna, si bien a una edad relativamente avanzada, era esposa de Max Schur, galeno privado de Freud. Ignorando a qué edad puede aludir Gay, pues no la indica, creemos que el atractivo de alguien, en este caso de Freud, hacia Minna, es una cuestión muy personal, al ser el canon de belleza algo muy variable de una persona a otra.

De mayor interés, sin embargo, nos parece lo que Gay (26) también refiere acerca de las misivas que Freud y Minna se intercambiaron, cuya difusión se hizo pública en 1989, coincidiendo con la apertura de una serie de archivos en la Biblioteca del Congreso de EE UU. Así, de tal intercambio epistolar, vieron solo la luz las cartas no etiquetadas como de acceso restringido, corroborando Gay (26) la presunta pérdida de las misivas que van desde el 27 de abril de 1893 al 25 de julio de 1910 (31).

Acerca de la desaparición de tales cartas, se ha conjeturado que, además de las mismas, pudieron ser también retenidas por Anna Freud las

que ella intercambió con su progenitor. De las primeras, las mantenidas entre su padre y su tía Minna, Anna hizo custodio a Eissler, lo que daría cuenta de su presunta desaparición. En cuanto a las que Anna escribió a su progenitor y viceversa, también faltaban cuando aquella depositó nuevas misivas de su padre en 1972 en la Biblioteca del Congreso de EE UU. Años después, cuando Harold Blum sustituyó a Kurt Eissler en la dirección de los archivos S. Freud, al hallar en la casa londinense (convertida en museo) donde había vivido el *padre* del psicoanálisis cartas de éste, Blum depositó las mismas entre 1986 y 1987 en la Biblioteca estadounidense ya citada. Aún así, seguían faltando las cartas antes referidas intercambiadas entre Freud y Minna de 1893 a 1910. A este respecto, Ernst, hijo de Freud, cuando fue entrevistado por Eissler le confesó que su tía Minna había solicitado que se destruyeran las cartas que ella había intercambiado con su padre Sigmund. Frente a su entrevistador Ernst también expresó que ignoraba si la misma petición se había realizado para eliminar las misivas que su tía Minna había dirigido a su padre (40).

Conclusiones

Las hermanas Bernays, como hemos evidenciado en este trabajo, jugaron un papel capital en la vida de Freud. En este sentido, en línea con lo dicho por autoras serias como Appignanesi y Forrester (1), solo podemos especular qué hubiera sido de la trayectoria vital-profesional del *padre* del psicoanálisis si hubieran sido otras mujeres las que le hubieran acompañado en su devenir vital.

Hasta décadas recientes, la historiografía psicoanalítica se ha interesado más por reconstruir las vidas y logros de analistas femeninas (42, 43), que no de mujeres ordinarias como Martha y Minna Bernays, quienes convivieron más de cuatro décadas con Freud. A pesar de ello, habrá quienes afirmen que sí ha habido interés en ellas es porque ambas permanecieron largo tiempo al lado y detrás del creador del saber psicoanalítico. Respondiendo a esto, cabría decir que, aún siendo tal cosa cierta, como hemos corroborado aquí, la matriz psicoanalítica debe a estas dos mujeres el apoyo afectivo e intelectual que Freud recibió de ellas. Solo por ello ambas merecen a nuestro juicio un lugar especial en la historia del saber freudiano.

Contacto

Francisco Balbuena Rivera ✉ balbuena@uhu.es ☎ 959 218 485
 Dpto. de Psicología Clínica y Experimental. Facultad de Educación,
 Psicología y Ciencias del Deporte (Campus de El Carmen)
 Despacho 29, pabellón bajo 2 • 21007 Huelva

Referencias

- Appignanesi, L. & Forrester, J. (1992). *Las mujeres de Freud*. Madrid: Planeta, 1995.
- Bair, D. (2003). *Jung: A Biography*. Boston, MA: Little Brown.
- Balbuena, F. (2020). Sabina Spielrein: From being a psychiatric patient to becoming an analyst herself. *The American Journal of Psychoanalysis*, vol. 80 (3), 281-308.
- Carotenuto, A. (1977). *Senso e contenuto della psicologia analitica*. Turin: Boringhieri.
- Carotenuto, A. (1980). *Diario di una segreta simmetria. Sabina Spielrein tra Jung e Freud*. Roma: Astrolabio. English translation: *Sabina Spielrein between Freud and Jung*. New York: Pantheon Books, 1981.
- Covington, C. (2003). Comments on the Burghölzli hospital records of Sabina Spielrein". In Covington, C. & Wharton, B (eds.), *Sabina Spielrein: Forgotten Pioneer of Psychoanalysis* (pp. 177-189). Hove, East Sussex (UK): Brunner-Routledge.
- Etkind, A. (1993) *Eros of the Impossible. The History of Psychoanalysis in Russia*. Boulder, Colorado: Westview Press, 1997.
- Kelcourse, F. (2015). Sabina Spielrein from Rostov to Zürich: The Making of an Analyst. *Pastoral Psychology*, 64: 241-258.
- Kerr, J. (1993). *La historia secreta del psicoanálisis. Jung, Freud y Sabina Spielrein*. Barcelona: Crítica, 1995.
- Launer, J. (2014). *Sex versus Survival. The Life and Ideas of Sabina Spielrein*. London: Duckworth Overlook.
- Lothane, Z. (1996). In defense of Sabina Spielrein. *International Forum of Psychoanalysis*, 5, 203-217.
- Lothane, Z. (1999). Tender love and transference: unpublished letters of C. G. Jung and Sabina Spielrein. *International Journal of Psychoanalysis*, 80 (6), 1189-1204.
- Lothane, Z. (2007). The snares of seduction in life and in therapy, or what do young Jewish girls (Spielrein) seek in their Aryan heroes (Jung), and vice versa? *International Forum of Psychoanalysis*, 16, 12-27; 16, 81-94. Doi: 10.1080/07853890601160135.
- Lothane, Z. (2016). Sabina Spielrein's Siegfried and other myths: facts versus fictions. *International Forum of Psychoanalysis*, vol. 25, issue 1. Publicado en línea: 20 de enero 2016. <http://dx.doi.org/10.1080/0803706X.2015.1111523>
- McGuire, W. (Ed.) (1974). *Correspondencia Freud/Jung*. Madrid: Taurus, 1978.
- Marchese, F. J. (2015). *Coming into Being. Sabina Spielrein, Jung, Freud and Psychoanalysis*. Toronto, Canada: Frank J. Marchese Publisher.
- Minder, B. (2001) 'Burghölzli hospital records of Sabina Spielrein'. *Journal of Analytical Psychology*, 46, 15-42.
- Richebächer, S. (2003). 'In league with the devil, and yet you fear fire?' Sabina Spielrein and C. G. Jung: A suppressed scandal from the early days of psychoanalysis. In Covington, C. & Wharton, B (eds.), *Sabina Spielrein: Forgotten Pioneer of Psychoanalysis* (pp. 227-249). Hove, East Sussex (UK): Brunner-Routledge.
- Richebächer, S. (2008). *Eine fast grausame Liebe zur Wissenschaft*. Munich: BTB.
- Roudinesco, É. y Plon, M. (1997). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Sayers, J. (1991). *Mothering Psychoanalysis*. London: Penguin.
- Behling, K. (2005). *Martha Freud. A biography*. Cambridge, UK: Polite Press (originalmente publicado en alemán en 2002).
- Badou, G. (2006) *Martha Freud. Una compañera irremplazable*. Buenos Aires: El Ateneo, 2007.
- Puner, H. W. (1947). *Sigmund Freud: His Life and Mind*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1992.



25. Jones, E. (1953-1957). *The Life and Work of Sigmund Freud*, 3 vols. New York: Basic Books.
26. Gay, P. (1988). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós, 1989.
27. Sánchez-Barranco, A. (1993). El caso Anna O.: Una reconstrucción histórica. *Revista de Historia de la psicología*, vol. 14, nº 3-4, 445-450.
28. Guttman, M. (2001). *The Enigma of Anna O. A biography of Bertha Pappenheim*. Wickford, RI: Moyer Bell.
29. Freud, S. (1908). La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna. *Obras Completas, IX*. Buenos Aires: Amorrortu, 1986, 159-181.
30. Onfray, M. (2010). *Freud. El crepúsculo de un ídolo*. Madrid: Taurus, 2011.
31. Gale, B. G. (2016). *Love in Vienna. The Sigmund Freud-Minna Bernays affair*. Santa Barbara, California: Praeger.
32. Billinsky, J. M. (1969). Jung and Freud: The End of a Romance. *Andover Newton Quarterly*, vol. 10, nº 2, 39-43.
33. Maciejewski, F. & Gaines, J. (2006). Freud, His Wife, and His Wife. *American Imago*, vol. 63, nº 4, 497-506.
34. Maciejewski, F. & Gaines, J. (2008). Minna Bernays as 'Mrs. Freud': What Sort of Relationship Did Sigmund Freud Have with His Sister-in-law? *American Imago*, vol. 65, nº 1, 5-21.
35. Eissler, K. R. (1953). Interview with C. G. Jung. Unpublished manuscript, Library of Congress. In German, 61 pages. Tape Number 64, August 29, 1953.
36. Burston, D. (2008). A Very Freudian Affair: Erich Fromm, Peter Swales, and the Future of Psychoanalytic Historiography. *Psychoanalysis and History*, vol. 10, nº 1, 115-130.
37. Rosenzweig, S. (1992). *Freud, Jung and Hall the King-Maker. The Expedition to America (1909)*. Kirland, Washington: Hogrefe & Huber Publishers.
38. Sánchez-Barranco, A. (1996). *Historia de la psicología. Sistemas, movimientos y escuelas*. Madrid: Pirámide.
39. Rudnytsky, P. (2006). Rescuing Psychoanalysis from Freud: The Common Project of Stekel, Jung, and Ferenczi. *Psychoanalysis and History*, vol. 8, nº 1, 125-159.
40. Eissler, K. R. (1994). C. G. Jung, a Witness or, the Unreliability of Memories. En K. R. Eissler, *Three Instances of Injustice (pp.107-184)*. Madison, CT: International Universities Press.
41. Roazen, P. (1971). *Freud y sus discípulos*. Madrid: Alianza, 1978.
42. Sánchez-Barranco, A. (1999). *Las pioneras del psicoanálisis*. Sevilla: Repiso Libros.
43. Vegetti-Finzi, S. (Ed.) (1992). *Psicoanálisis en femenino*. Madrid: Síntesis, 2002.

- Recibido: 29/09/2021.
- Aceptado: 09/12/2021.

Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) y sus primeros años de formación en medicina y psiquiatría. (*)

Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) and her first years of training in medicine and psychiatry.

Julia Álvarez-Arenas.

Psiquiatra, Centro de Especialidades de Torrejón de Ardoz.

Ana Consiglieri.

Psiquiatra, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla.

Resumen: Jesusa Pertejo Seseña realizó sus estudios de Medicina en Salamanca durante los años 1940-1946, una época en la que la vinculación de las mujeres a la Universidad era minoritaria y, más aún, en la carrera de Medicina. Allí fue donde tuvo su primer contacto con la psiquiatría, una psiquiatría de corte kraepeliniano que, bajo un modelo organicista, era la practicada en los manicomios del país, como en el de Salamanca donde la autora tuvo sus primeros acercamientos al enfermo mental, o en instituciones psiquiátricas privadas como las de Santander, donde inició su actividad profesional.

Más adelante, continuó el recorrido por diferentes ciudades de la geografía española para ampliar la formación en otras ramas de una Psiquiatría y una Psicología que habían sido quebrantadas tras la contienda.

Su trayectoria profesional, aunque reconocida en la bibliografía secundaria, no ha sido investigada en profundidad hasta el momento. El objetivo de este artículo es, por tanto, rescatar la figura de esta autora analizando sus inicios formativos con fuentes primarias de Archivo –escritos autobiográficos y correspondencia–, que resultarán fundamentales para el resto de su vida profesional.

Palabras clave: Jesusa Pertejo, Manicomio Salamanca, Peñacastillo, Psiquiatría, Posguerra española.

Abstract: Jesusa Pertejo Seseña studied Medicine in Salamanca during 1940-1946, a time when women's presence at the University was minimal and, even more, in Medical career. It was there that she had her first contact with psychiatry, a Kraepelinian-style psychiatry that, under an organicist model, was practiced in the country's asylums, such as in Salamanca, where the author had her first approaches to the mentally ill, or in psychiatric institutions such as those in Santander where she began her professional activity.

* Este artículo se ha sido realizado en el marco del Proyecto *De la Higiene mental a la postpsiquiatría: la construcción de la salud mental colectiva en la España del siglo XX* (RTI2018-098006-B-I00). Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (España)/FEDER.



Later on, she carried on her professional journey throughout different cities in Spain, broadening her knowledge in other branches of Psychology and Psychiatry.

Her trajectory, although recognized in the secondary bibliography, has not been studied in depth so far. The objective of this article is, therefore, to rescue the figure of this author by analyzing her formative beginnings with primary sources from the Archive –autobiographical writings and correspondence–, which will be crucial for the rest of her professional career.

Key words: Jesusa Pertejo, Asylum Salamanca, Peñacastillo, Psychiatry, Spanish post-war.

Introducción

Con el estallido de la Guerra Civil se inició un desmantelamiento de los muchos avances conseguidos para la Psiquiatría (1,2) y la Psicología Científica en el primer tercio del siglo XX (3). La formación de psiquiatras españoles en universidades alemanas contribuyó a la imposición de la escuela de Emil Kraepelin frente al dominio previo de la escuela francesa (4); consolidándose, en los primeros años de posguerra, una psiquiatría hegemónica alemana bajo el modelo organicista-biologicista de la enfermedad mental (5). Además, se originó una reorganización de los psiquiatras en diversos ámbitos: la provisión y vinculación a las cátedras universitarias y el trabajo en los manicomios que, siendo muchos de ellos privados, perdieron la importancia, de la que previamente gozaban, como instituciones de formación de profesionales así como la capacidad de ampliar conocimientos (6).

Al inicio de la posguerra la asignatura de psiquiatría no existía en el plan de estudios de Medicina (7), hubo que esperar varios años hasta que la psiquiatría entró plenamente en la Universidad con la creación de las Cátedras en Madrid, ocupada finalmente por Antonio Vallejo Nágera (8,9) y poco tiempo después en Barcelona (10), Valencia, Granada y Salamanca, convirtiéndose en nuevos núcleos de formación (11).

Paralelamente a la provisión de las cátedras, la asistencia psiquiátrica del enfermo mental durante el primer franquismo se centraba casi exclusivamente en los manicomios, muchos de los cuales se convirtieron en lugares de reclusión con difícil salida para los pacientes, provocando situaciones de hacinamiento y elevadas tasas

de mortalidad por desnutrición, tuberculosis y diversas enfermedades infectocontagiosas (12).

A su vez, tras la contienda se emprendió una lenta recuperación de la Psicología que, con una impregnación escolástica inicial, debió esperar varios años hasta promover un proceso de reconstrucción e institucionalización de la disciplina (13).

En ese contexto de inmediata posguerra, Jesusa Pertejo Seseña se formó en Medicina en Salamanca y estableció el primer contacto con la psiquiatría de la época (14). El recorrido profesional de Jesusa, así como su papel en el proceso de institucionalización de la Psicología (15,16), Psiquiatría y Psicoanálisis (17) aunque ha sido reconocido en la bibliografía secundaria no se ha analizado en profundidad hasta el momento¹. El objetivo de este artículo es, por tanto, rescatar la figura de la autora y la importancia que supuso para el mundo científico y sociocultural español de aquellos años respecto al proceso de consolidación de ambas disciplinas.

Para el desarrollo del presente trabajo, además de las fuentes primarias y la bibliografía secundaria, es fundamental el análisis del material de archivo perteneciente a la autora, que incluye: múltiples escritos autobiográficos, que han

1 Se han realizado breves aproximaciones a su biografía en trabajos publicados tras el fallecimiento de la autora como en: Siguan M. In *memórium* Jesusa Pertejo (1920-2007). *Anuario de Psicología* 2007; 38 (3): 451-454; Pérez García P. In *memórium*. Dra. Jesusa Pertejo (1930-2007). *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos* 2008; 21: 8-10; Sanz Pons R. Jesusa Pertejo. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 2007; 51: 11-12; García Colmenares C. Las primeras psicólogas españolas. *Itinerarios vitales y profesionales*. Editorial Universidad de Granada; 2011.

constituido un material imprescindible para la elaboración de este artículo; numerosas misivas con diferentes referentes clínicos de la época con los que Jesusa mantuvo relaciones epistolares durante muchos años.

Consideramos que este abundante material de archivo constituye una fuente privilegiada y de significativo valor científico y técnico para ahondar, no solo en la figura de Jesusa y su labor profesional, sino en el desarrollo y avance, de la Psicología y Psiquiatría de posguerra y en las relaciones e interacciones entre los principales personajes que contribuyeron a ese desarrollo.

Como señala Rafael Huertas, los escritos autobiográficos se han convertido en una fuente documental de gran importancia para llevar a cabo investigaciones desde perspectivas históricas o socioculturales (18). Siendo, a su vez, abundantes los trabajos que han examinado la importancia del género epistolar como fuente documental (19, 20).

Por otra parte, rescatar la biografía de Jesusa nos permite contribuir a replantear y revalorizar la historia de la ciencia desde la perspectiva de las mujeres, con sus aportaciones al saber y al fomento de ambas disciplinas, atribuyéndoles así la atención merecida por parte de la comunidad científica e historiográfica facilitando redefinir una historia colectiva (21, 22).

A lo largo del presente artículo se expondrá, por tanto, la biografía de Jesusa Pertejo, sin embargo, dada la extensa actividad en diferentes ámbitos y ciudades españolas y extranjeras, se ha decidido examinar en profundidad sus primeros acercamientos formativos a través de sus estudios universitarios en Salamanca y la formación en Santander por entender fundamental estas primeras aproximaciones para su posterior trayectoria profesional, que solo será esbozada de manera resumida al exceder de los objetivos de este artículo.

Cuando pocas mujeres estudiaban medicina: sus inicios en la facultad de medicina de la universidad de salamanca

Jesusa Pertejo recibió enseñanza tanto en la Escuela “Doña Socorro” como en el Instituto de Segunda enseñanza “Claudio Moyano” en Zamora (23).

Desde joven ya tuvo la vocación “de cuidar enfermos mentales y de ser psiquiatra, para cuidarlos de una forma más responsable” (APJP)².

Por la rama materna, su familia procedía de liberales, artistas y escritores; por lo tanto, Jesusa Pertejo tuvo acceso desde pequeña a lecturas de filósofos alemanes y biografías de escritores, artistas y científicos, sumergiéndose en esas lecturas durante la adolescencia “pasé la adolescencia leyendo mucho y de todo. A veces fingía estar enferma, para poder terminar un libro empezado” (APJP); y reconociendo que “otro factor, que a mi modo de ver contribuyó a querer ser psiquiatra, fue que, dentro de la medicina, la psiquiatría parecía tener la mayor carga humanística” (APJP).

En su elección influyó también, que uno de sus hermanos mayores, José Pertejo, médico en Alicante, mostrase vocación por la Neurología y la Psiquiatría:

“Yo había hecho prácticas con mi hermano Pepe, de Medicina General, cuando tenía de 14-16 años –al tiempo que mi hermana María-. (...). Él era Médico de la Beneficencia, en propiedad de la plaza que había concursado, de un pueblo de Alicante. Su proyecto había sido el de más tarde marcharse al extranjero para formarse en la especialidad de Neurología. Por eso tenía bastante bibliografía al respecto y también sobre Psiquiatría. Allí leí los primeros escritos de la obra de Freud, así como los de Adler y Jung. A mí me interesó, desde el comienzo, la Psiquiatría” (APJP).

Durante el periodo de la Guerra Civil, que dividió tanto física como ideológicamente a la familia Pertejo Seseña, Jesusa permaneció en Zamora y en aquellos años sustituyó a uno de los hermanos en los negocios (una Gestoría y una Librería), compaginando el trabajo diario con el aprendizaje del alemán: “Seguía leyendo mucho y estudiaba alemán, con los ojos puestos en la Universidad, en tener que ir un día a especializarme a Alemania” (APJP). Dado que en 1936 estaba matriculada en el último año de Bachillerato en

² De aquí en adelante los documentos no publicados de Jesusa Pertejo pertenecientes a su archivo personal aparecerán señalados con las siglas APJP (Archivo Personal Jesusa Pertejo).

Alicante, lo repitió durante la guerra en Zamora, estudiando posteriormente Magisterio, también en su ciudad natal.

En 1940 inició Medicina en Salamanca junto a su hermana mayor María, época en la que la presencia de la mujer en la Universidad española era minoritaria y en ciertas carreras como la de Medicina, más aún (14, 24). Pese a producirse, al finalizar la guerra, la reincorporación de algunas mujeres a las universidades continuaban representando una muy baja proporción, sobre todo en carreras como Derecho, Veterinaria y Medicina (25). Incluso en algunas profesiones existían limitaciones a su acceso, como la diplomacia o la administración de la justicia (26).

En cuanto a Medicina, en 1940-1941 había matriculadas 507 mujeres, frente a 8.793 varones (27); *“éramos 3 o 4, según el curso, en un total de más de 60 alumnos. ¡Qué tiempos aquellos!”* (APJP).

Para realizar la carrera ambas hermanas tuvieron, finalmente, que inscribirse como alumnas libres, ya que no contaban con el dinero suficiente para poder pagar las prácticas de alumnas oficiales: *“a la llegada a la Universidad teníamos una situación económica de lo más precaria. Nos matriculamos como alumnas de enseñanza libre, pues así no nos exigían pagar... y además podíamos adelantar año y estudiar con más flexibilidad (...)”* (APJP).

Las dificultades económicas que atravesaron, a lo largo de toda la carrera, trataron de solventarlas por diversos medios que incluían la elaboración de trabajos temporales:

“Dado que a lo largo de los estudios solo pudimos comprar un libro, nos los prestaba los compañeros del curso anterior, o nos valíamos con los de la biblioteca (...). Al ir de libres, el intervalo de los exámenes con los oficiales nos permitía tener al menos uno cada una (...). A principios de diciembre interrumpíamos el ir a clase y el estar en Salamanca para que yo me pusiese a hacer en esa época trabajos que me daba la Gestoría (...). María, por su parte, hacía puntillas de frivolidé o mantelitos de ganchillo que vendía a mercerías de Salamanca a precios bajos (...)” (APJP).

Ambas finalizaron los siete cursos de medicina en seis años, incorporándose a la primera pro-

moción de médicos que salió después de la guerra, en 1946 (27).

En relación con su experiencia como mujeres universitarias, recordaría años más tarde: *“Los Profesores nos obligaban a las chicas a no estar en clase cuando se explicaban las enfermedades de los genitales masculinos o cuando en medicina Forense había lecciones sobre violación, estupor, homosexualidad, perversiones (...)”* (APJP).

Al mismo tiempo, la prensa de la época, no ajena a la repercusión social que tenía la incorporación de las mujeres a la Universidad, reflejó en varias ocasiones los éxitos conseguidos por ambas hermanas y en 1949, varios años después de haber finalizado Medicina, el Diario de Zamora recogió la siguiente noticia (Anexo 1):

“Las Doctoras Pertejo Seseña reciben un homenaje de sus colegas. Aprovechando la estancia de la Doctora Jesusa Pertejo Seseña en esta ciudad, en un céntrico restaurante recibieron el homenaje de los médicos de Zamora tanto ella como su hermana María para celebrar así sus recientes éxitos profesionales al ingresar por oposición en los Servicios de Oftalmología del Estado la Doctora María Pertejo y por su labor investigadora que viene desarrollando hace unos años en Barcelona como Psiquiatra en el campo de la Psicología Clínica, Criminología y Psiquiatría Infantil su hermana Jesusa. Excusaron su asistencia al acto los doctores Crespo Álvarez, don Alfredo Alonso, doctor Puente Veloso y otros uniéndose a él con cariñosas cartas, pues por razones diversas no pudieron acudir. Por nuestra parte, nos asociamos a este homenaje felicitando a estas dos doctoras hijas de Zamora a las que deseamos toda suerte de éxitos que no dudamos obtengan conocidas las dotes de inteligencia y tesón que las caracteriza” (28).

En aquellos años la asignatura de Psiquiatría no figuraba en el plan de estudios de la licenciatura de Medicina (7, 29), en palabras de Pere Bofill, psicoanalista del grupo formado en Barcelona a lo largo de los años cincuenta y uno de los socios fundadores y primer Presidente de la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis, *“en Medicina Legal se hablaba un poquitín de Psiquiatría, pero poco”* (7). Por lo tanto, en la licenciatura de la Universidad de Salamanca únicamente en la

asignatura de Medicina Legal había algunas lecciones de Psiquiatría impartidas por José Pérez López-Villamil, Catedrático de Medicina Legal en la Universidad de Santiago de Compostela que se desplazaba a Salamanca para impartir dichas clases (30,31): “fui alumna suya asidua a sus clases siempre que venía a Salamanca y él se preciaba de haber despertado en mí la vocación por la psiquiatría. Contribuyó mucho, es cierto, a afianzarse en mi proyecto y darme expectativas de futuro profesional” (APJP).

En los meses de verano las dos hermanas realizaban prácticas en el Hospital provincial de Zamora, María de cirugía y Jesusa de medicina general, donde tuvo el primer contacto con los pacientes psiquiátricos:

“los enfermos mentales pasaban por allí camino del Manicomio de Palencia. Entonces se les tenía atados, durmiendo sobre montones de paja. Se les veía a través de la puerta que era de reja. La gente los iba a ver, cuando les echaban de comer o limpiaban la celda. Eran más afortunados que los enfermos de rabia, a estos se les alojaba en los desvanes, nadie los veía (...)” (APJP).

Su primer acercamiento a la psiquiatría a través del Manicomio de Salamanca

En 1942, Jesusa Pertejo comenzó a realizar prácticas en el Manicomio Provincial de Salamanca, dirigido en aquel entonces por uno de los discípulos de Gonzalo Rodríguez Lafora, Ángel Domínguez Borreguero (32), “dentro de la más estricta orientación de la clínica alemana de gran raigambre krepeliana” (33). Jesusa Pertejo en *Una historia personal. Relato del proceso de mi formación en psicología clínica* (33) recogió junto a varios de sus escritos no publicados, las impresiones y experiencias de aquel Manicomio.

Allí aprendió a elaborar diagnósticos, aunque de forma autodidacta seguía una orientación “preferentemente psicológica y social” (33) e ilustraba “historiales clínicos con comentarios que hacían los propios familiares o vecinos del sobre el paciente allí ingresado. Siempre di importancia al entorno” (APJP).

Dedicaba tiempo a “documentar el dossier de cada paciente” (APJP), completando las historias

clínicas e incorporando resultados de exploraciones psicológicas utilizando como referencia didáctica el libro *Propedéutica Clínica Psiquiátrica* de Vallejo Nágera que, junto con el *Tratado de Psiquiatría*, publicado en 1944, eran libros de texto muy manejados en aquella época en las Facultades de Medicina de España (8):

“Yo había descubierto el libro de Propedéutica Psiquiátrica, escrito por el Prof. Vallejo Nágera, que traía una exposición de las técnicas de test más usadas como exploración psicológica en aquel entonces. Allí estaban el Test de Terman, el test de Rorschach, cuestionarios y otros tipos de test que exploraban funciones de inteligencia, aspectos caracteriales y de psicomotricidad. Me volqué en ellos aprendiéndolos y aplicándolos” (APJP).

Paralelamente, utilizaba el libro de Karl Leonard sobre los estados defectuales esquizofrénicos para clasificar a los pacientes (34): “una de las actividades que hice como hobby fue la de clasificar a los pacientes con defecto esquizofrénico de acuerdo con la establecida por Leonard” (APJP).

Pese a la orientación biologicista de Domínguez Borreguero, recordaba que “el director (...) era paciente conmigo, me toleraba mis afanes psicológicos y psicodinámicos tan contrapuestos con los suyos ultrabiologicistas” (APJP) y reconociendo que “a veces uno y otro teníamos que ceder ante la evidencia” (33).

Durante este periodo también asistió a Consultas de Neurología en la Facultad de Medicina, ampliando conocimientos de Neurología ya que en aquel entonces Psiquiatría y Neurología, como recuerda Carlos Castilla del Pino, estaban unidas, “entonces se era neurólogo y psiquiatra porque, salvo en Cataluña, que se seguía el modelo francés, que ya desde el siglo XIX había escindido la Neurología de la Psiquiatría, en el resto de España el modelo adoptado era el alemán que las mantenía unidas” (35).

Esas prácticas, en el Manicomio de Salamanca, las mantuvo durante el resto de años de carrera, llegando en el último curso a sustituir al Director Borreguero en sus ausencias y siendo la única del alumnado universitario que realizó prácticas allí. Era una década en la que la asistencia

psiquiátrica se centraba casi exclusivamente en el abordaje de tipo manicomial, la mayoría de los establecimientos a cargo de las Diputaciones Provinciales y donde ingresaban todo tipo de pacientes, en régimen cerrado y permaneciendo internos durante años, incluso muchos veces hasta que fallecían, como Jesusa publicaba: “Andando el tiempo, y basándome en los dossiers de aquella población, deduje para mis adentros que un tercio de los pacientes de aquel Manicomio estarían allí de por vida sin motivo que lo justificase” (33).

Durante estos años los manicomios se relegaron a cumplir funciones asilares y judiciales (36) más que sanitarias, sosteniendo una población en su mayoría residual u oligofrénica (37):

“Los esquizofrénicos entonces tenían floridos delirios (...). Había muchos Epilépticos, muy deteriorados de la medicación excesiva, oligofrénicos a granel (...) y una muestra que yo llamaba de “especiales”, que no los consideraba enfermos mentales, a los que dedicaba apoyo y charlaba con ellos, dándoles un trato familiar. Eran trastornos de conducta, a veces reactivos a situaciones familiares” (APJP).

Tras la contienda, las precarias condiciones de las familias contribuyeron a que una serie de trastornos de carácter psicopatológico, previamente conviviendo en el entorno familiar, no pudieran permanecer en los domicilios (6). Tampoco ayudó que el *psiquiatra del régimen* Antonio Vallejo Nágera no mostrase excesivo interés político o social por la atención a los enfermos mentales (38) en unos manicomios que, en muchos casos, se encontraban sin apenas recursos, o con un personal escasamente cualificado (39).

Respecto al Manicomio de Salamanca, en varios de sus escritos Jesusa reflejaba claramente esa falta de recursos: “las condiciones de instalación del Manicomio, ubicado en un antiguo Convento, eran para tener un frío glacial en invierno”; “nunca hubo calefacción allí. Ni había agua caliente para lavarse” (APJP), así como la situación de malnutrición y mortalidad: “Las bajas abundaban, ya fuese por la escasa y mala nutrición (...). También la tuberculosis hacía sus estragos, pues no había un área especial de aislamiento

para quienes la padecían”³ (33). Muchos años después recordaría: “Pesó mucho en mí la manera de vivenciar a estos pacientes y me afianzó en seguir haciendo psiquiatría” (APJP).

Tras finalizar la universidad, mantuvo durante años el contacto con los pacientes del manicomio salmantino, enviándoles revistas y visitándoles cuando se desplazaba hasta allí “llena de lápices, cuadernos, libros de enseñanza, de lectura distraída y adecuada o con pequeños regalos o chucherías que sabían les gustaría” (40).

El recuerdo de estos pacientes y el paso como alumna por dicho manicomio, lo acabó plasmando en una serie de relatos titulados *Cuentos de Hospital Psiquiátrico*, *Las Leyendas Negras*, recogiendo de manera literaria historias por las que desfilan dichos personajes y narradas, pese a la crudeza del ambiente y sus historias, con delicadeza y humor: “me recuerdan la frustración en mi afán de crear para ellos tratamientos profesionales modélicos y avanzados con los que sacarles de la mísera e injusta vida que llevaban y del trato inhumano que recibían por aquel entonces en los Centros en los que se les encerraba de por vida” (40).

Del mismo modo conservó amistad con Domínguez Borreguero, con quien intercambió correspondencia durante más de una década. En dichas misivas se informaban sobre el funcionamiento manicomial, la organización de congresos o las actividades desarrolladas, entre otras cuestiones.

En los años 1954-1956 Domínguez Borreguero trasladaba a Jesusa el cambio de ubicación del Manicomio a un nuevo recinto, así como la incorporación de nuevas instalaciones:

“Hace dos días fui a ver la obra del Manicomio, que está muy adelantada y me gusta. Voy a revisar ahora todos los planos y espero salga una cosa buena para que después se lo quede el

³ Frente a esta infección tan común en la posguerra se trató de poner en marcha, sin éxito, una campaña antituberculosa con la implantación de un Seguro Obligatorio contra la Tuberculosis. En:

Molero Mesa J. Enfermedad y previsión social en España bajo el primer franquismo (1939-1952). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. *Dynamis*. 1994; 14:199-225.

Estado, pues en Marzo, según nos dijo Palanca en la sesión de Clausura estará aprobada la Ley de Asistencia Psiquiátrica”. Fragmento de Carta de A. Domínguez Borreguero a Jesusa Pertejo, 7/11/1954 (APJP).

“En el Manicomio, trabajando mucho y perfeccionando la instalación del laboratorio. Ahora estamos adquiriendo material fotográfico”. Fragmento de Carta de A. Domínguez Borreguero a Jesusa Pertejo, 18/12/55 (APJP).

“En el Manicomio seguimos con más trabajo cada vez. No sé si la dije hemos montado un Servicio de Histopatología”. Fragmento de Carta de A. Domínguez Borreguero a Jesusa Pertejo, 23/12/56 (APJP).

Efectivamente, como se señala en el Fondo del Centro de Salud Mental de la Diputación de Salamanca, la Corporación Provincial decidió a mediados de los años 1950 la construcción de un nuevo centro hospitalario situado en el Barrio de la Vega, cuyas obras empezaron en 1954 y permitió aumentar el número de pacientes (41).

Tras la reorganización formal de la Asociación de Neuropsiquiatría en 1949, se reiniciaron las actividades y los congresos de forma periódica (42), celebrándose en abril de 1957 el V Congreso Nacional en Salamanca. Aquel congreso, que contó con la figura de Domínguez Borreguero como vicepresidente⁴, llevaba preparándose varios años, y Borreguero le planteó a Jesusa la posibilidad de participar en alguna ponencia:

“El próximo [Congreso] a mediados de octubre del 56 será aquí en nuestra Ciudad. Espero nos ayude usted a organizarlo y considerase como uno más de los nuestros. Quise aplazaran un año más su celebración aquí para dar tiempo a tener terminado el Manicomio, pero no les convenció la razón, sobre todo a Vallejo, que fue él quien propuso Salamanca y Sarró, que hizo un canto a esta Universidad y ciudad. Sobre el órgano oficial de la Asociación hubo una gran discusión entre Valenciano, Sarró y López, quedando tablas,

pues las tres revistas serán oficialmente órganos de la Asociación. (...)”. Fragmento de Carta de A. Domínguez Borreguero a Jesusa Pertejo, 7/11/1954 (APJP).

“Usted no sabe todavía que nuestro Congreso ha sido aplazado para abril de 1957. De modo que aún puede traer la ponencia que nos ofreció”. Fragmento de Carta de A. Domínguez Borreguero a Jesusa Pertejo, 24/6/56 (APJP).

“(…) El Congreso -no sé si ya tendrá noticias- resultó muy bien, tanto en el orden científico como en el social... El más trabajador fue Lafora que intervino constantemente en Ponencias y Comunicaciones, además de las que él presentó”. Fragmento de Carta de A. Domínguez Borreguero a Jesusa Pertejo, 29/5/57 (APJP).

Por otra parte, durante el trascurso del Congreso, Domínguez Borreguero aprovechó para llevar a Rodríguez Lafora y otros asistentes a conocer el Manicomio y las nuevas instalaciones: “El último día (...) lo llevé [a Lafora] con otros al Manicomio y allí estuvieron más de cuatro horas viendo encefalografías, preparaciones y fotografías”. Fragmento de Carta de A. Domínguez Borreguero a Jesusa Pertejo, 29/5/57 (APJP).

En 1957 aunque Jesusa se encontraba en Valencia tras su regreso de una estancia becada por el CSIC en el extranjero, no pudo desplazarse finalmente al Congreso por motivos familiares, lamentando su ausencia:

“Distinguidos amigos: Hace días recibí el programa del Congreso y pueden figurarse lo que siento no estar ahí en esos momentos, tanto por la satisfacción de verles a Vds. y que mi marido les conociese, por el interés que para mí tenía en este momento el Congreso, ya que estoy de regreso y establecida de una vez. Hace tiempo que no les escribo y no me resigno a que no tengan en estos momentos noticias recientes de mi (...)”. Fragmento de Carta de Jesusa a A. Domínguez Borreguero, 24/4/57 (APJP).

Su paso por la Casa de Salud de Valdecilla y el Sanatorio del Doctor Morales

Tras finalizar la carrera de Medicina en 1946, Jesusa Pertejo se trasladó a Santander con el objetivo de hacer la especialidad en las áreas

⁴ Sobre los Congresos Nacionales, la composición de la Juntas directivas y ponencias presentadas se puede consultar: Lázaro J. Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). Revista Asoc. Esp. Neuropsiq. 2000; 20 (75): 453-465.

de Neurología y Psiquiatría en calidad de Médico Interno⁵ en la Casa de Salud de Valdecilla. Dicha casa, fundada en 1929 y cuyo primer director entre 1929-1930 fue el neurólogo y psiquiatra Wenceslao López Albo (43,44) -también responsable del Servicio de Neuropsiquiatría-, era la única que contaba en ese momento con un Instituto Médico de posgraduados, inaugurado en 1930 y concebido como una escuela de especialización médica (45,46).

Sin embargo, “dado que no había allí instalaciones para alojar a mujeres médicos” (33), no fue aceptada como Médico Interno, pudiendo realizar únicamente y en calidad de médico externo un curso de Neurología organizado por el CSIC durante los meses de verano. Compaginó esa formación con la asistencia al Pabellón de Neurología y Psiquiatría, dirigido desde 1930 por José María Aldama Truchuelo (47, 48): “En esos dos largos meses conocí las excelencias docentes del Dr. José M^a Aldama Truchuelo (...)” (APJP). “Fue allí donde aprendí a hacer el tratamiento de insulinoterapia, que luego llevé al Manicomio de Salamanca. Conocí el funcionamiento de una unidad en que permanecen por poco tiempo los pacientes y están en su fase aguda” (APJP). Jesusa, como otros médicos de la época, aprendió el empleo de la insulinoterapia o coma de Sakel, uno de los métodos de choque más implantados en la década de los cuarenta que consistía en la administración de dosis crecientes de insulina para provocar comas hipoglucémicos (49).

Tras realizar dicho curso, Domínguez Borreguero la aconsejó conocer el funcionamiento y el tipo de pacientes que acudían a sanatorios psiquiátricos privados, por lo que decidió solicitar una estancia de un año como Médico Interno en el Sanatorio Doctor Morales de Peñacastillo de Santander (Anexo 2);

“Cuando hice la petición para ocupar una plaza como médico interno fui aceptada de inmediato (...). No tomaba vacaciones, ni libraba los domingos, ni hacía jornadas estrictas de 8 horas. Si salía era siempre acompañando a los pacientes que estaban en condiciones de salir y les convenía hacerlo. También, a veces, durante la noche ayudaba a hacer intervenciones de cirugía (...) El sueldo era de 1.000 pesetas mensuales” (APJP).

Dicho Sanatorio fue inaugurado en 1908 por Mariano Morales Rillo⁶ quien decidió establecer una clínica que llevaría el nombre de Peña Castillo, aunque tradicionalmente se le conocería como Sanatorio del Doctor Morales. El edificio, donde inicialmente se ubicaron 20 camas para pacientes con patología digestiva, contaba con un importante terreno alrededor por lo que, posteriormente, tras acoger a enfermos con otras dolencias se requirió ampliar sus dependencias, acoplando al Sanatorio pequeñas Villas limítrofes, destinadas a hombres y mujeres con enfermedades mentales o al reposo de pacientes toxicómanos⁷ (50).

Como recordaba Jesusa Pertejo, el Sanatorio era “para una clientela que seguía allí de preferencia regímenes dietéticos, iba a descansar y tenía un aire más de Balneario (...)” (APJP), un lugar conocido en el norte de España “donde se alojaban personas de alta clase socio-económica del país, en el que seguían dietas específicas” (APJP).

De hecho, en 1940 la famosa pintora Leonora Carrington fue internada en esta clínica y tratada por Mariano Morales y su hijo Luis Morales Noriega cuando, tras ser separada de su pareja, llegó a España huyendo de la Segunda Guerra Mundial (51). Unos años más tarde, Leonora recogió sus estremecedores recuerdos de esa etapa, en forma de dietario, en la conocida obra *Memorias desde abajo* (52) donde describe, entre otras

5 A principios del siglo XX en España se instauró en los hospitales dependientes de corporaciones locales y centrados en la beneficencia la figura del “interno”. Sus jornadas eran de disponibilidad continuada, sin programa de formación y generalmente trabajando solos y sin supervisión. En: Tutosaus Gómez D, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educación Médica* 2017; 19 (4): 229-234. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300700>.

6 Mariano Morales, licenciado en Zaragoza en 1908, fue inspector provincial de Sanidad en Santander, director del Sanatorio Marítimo de Pedrosa entre 1909-1924 fundando un año antes el Sanatorio Peña Castillo. En: Vázquez González-Quevedo F. La medicina en Cantabria. Apuntes históricos y biográficos hasta 1930 Universidad de Santander. Facultad de Medicina, Cátedra de Historia de la Medicina. Santander; 1982. p. 238.

7 Según fuentes primarias de Jesusa Pertejo la Villa destinada a mujeres se llamaba Villa Pilar, nombre que coincide con el texto de Leonora Carrington *Memorias desde Abajo*.

vivencias y experiencias, cómo fue engañada y trasladada al Sanatorio, los tratamientos a los que la sometieron y los recuerdos de las figuras de Mariano y Luis Morales.

Jesusa coincidió durante su estancia en el establecimiento con Luis Morales Noriega, quien tras pasar una breve etapa como clínico en el Manicomio de Leganés (53), se instaló de nuevo en el sanatorio de su padre. Allí, recordaba lo que era tratar diversas padecimientos mentales en personas de profesiones sanitarias como médicos y practicantes, “la clientela presentaba, cuadros depresivos, delirantes, delirium tremens, toxicomanías (morfina en médicos y practicantes), brotes esquizofrénicos, obsesivos, problemas neuróticos, intentos de suicidio...” (APJP), y comparaba no solo el tipo de pacientes, sino la calidad de las infraestructuras con las de los manicomios públicos, “al contrario de lo que ocurría en Salamanca, el edificio era muy lujoso y con un servicio de habitaciones y comedor del más alto nivel” (APJP).

Desconocemos si era el estigma de padecer una enfermedad mental en clases sociales altas, pero Jesusa reconocía como las personas que ingresaban procedían en la mayoría de otras localidades “para que no se dijese que habían estado locos; la mayoría de las veces el nombre con que figuraban era supuesto. Venían de Madrid, Barcelona, País Vasco, Andalucía (...)” (APJP).

En este Sanatorio, y junto a Luis Morales Noriega, Jesusa Pertejo recibió por primera vez un sueldo por trabajar y también figuró como autora de una primera publicación científica:

“Un día me trajo un escrito que se iba a publicar sobre Salud Mental, quería que lo firmásemos juntos, yo dije que no me consideraba preparada para ese nivel y escribir aquello, pero se publicó con la firma de los dos. Lo he leído muchas veces y siempre me bloqueo y no sé lo que se dice en esa mi primera publicación científica” (APJP).

El artículo al que hace referencia es un artículo publicado por ambos en *El Siglo Médico* bajo el título *La mujer moderna: ensayo de higiene mental* en 1946 (54).

La formación alemana de Luis Morales se ajustaba a la psiquiatría española de posguerra y Jesusa recordaba en sus escritos no publicados

que Luis Morales se interesaba, por otra parte, por temas de Metafísica y Antropología. “Don Luis era un estudioso infatigable, pero en aquel momento andaba por la metafísica, la antroposofía, la religión (...)” (APJP); “siendo organicista el Dr. Morales se perdía por enrevesados vericuetos de la Antropología, la Metafísica y temas que yo nunca había oído y trataba de explicarme con enrevesadas frases y que acababan tocando lo trascendente” (APJP). Respecto a los temas que le interesaban a Jesusa Pertejo, recordaba; “no es que no me enseñase nada de Psicología, de Rorschach, de Psicoterapia, de Psiquiatría Infantil, sino que estos temas no le interesaban” (APJP).

Releyendo *Memorias desde Debajo* de Carrington, comprobamos como las terapias de choque llegaron al Sanatorio santanderino con menos retraso que a otros establecimientos psiquiátricos del país (55), teniendo acceso Jesusa Pertejo a todos ellos cuando estuvo desarrollando la actividad laboral en él.

“A Don Luis no le manipulaban, al depresivo cardiazol o electroshock; al psicótico, insulina; al neurótico, laborterapia; al alcohólico, reflejo condicionado; al muy obsesivo, le hacía pensar en la necesidad de leucotomía aun cuando no la aplicase; al muy trastorno de conducta, absceso de fijación; y al sifilítico “malaria”, según la normativa de la psiquiatría alemana de la época, según se hacía en los manicomios” (APJP).

Pese a ello, y con todo el armazón terapéutico, continuaba “buceando en el psiquismo a través de decodificar dibujos, pruebas, escritura, gestos, sueños, silencios” (APJP), con el objetivo de prepararse para “hacer algún día psicoterapia tras bucear en la comprensión de la patología puramente psíquica del paciente mental” (APJP).

El Sanatorio contaba con una importante biblioteca que permitía a Jesusa pasar las tardes allí ampliando sus conocimientos en esos campos; “husmeaba todo lo referente a Psicología y Psicoterapia, a recientes publicaciones que me sacasen de los arcaicos Handbuch de psiquiatría. A leer textos de Congresos celebrados. También tenía Bibliografía actualizada de la Psiquiatría francesa” (APJP), “allí descubrí la Bibliografía



del Rorschach y tantas otras cosas con las que me actualicé, pues yo también leía el alemán y lo hablaba” (APJP).

Finalmente, al sentir “que no había estudiado medicina para este tipo de enfermos” (APJP) y tras ser aceptada para efectuar una formación sobre Educación Especial impartida por el pediatra Jerónimo de Moragas (56) en su Instituto Psico pedagógico se trasladó a Barcelona en 1947, único lugar en España donde estaba institucionalizada la Psiquiatría Infantil en aquel entonces (57).

Epílogo

El interés e inquietud de Jesusa Pertejo por comprender el mundo de las enfermedades mentales lo mantuvo durante toda su trayectoria profesional posterior y la llevó a formarse en múltiples campos de la Psicología y Psiquiatría.

Durante la etapa en Barcelona coincidió, entre otros, con Ramón Sarró y Solé Segarra y en Madrid con Vallejo Nágera y José Germain (58). Posteriormente, se trasladó a Ginebra donde profundizó sus conocimientos en Psicología Clínica, Psiquiatría Infantil, y Psicoanálisis trabajando junto a figuras como André Rey y progresando en el aprendizaje de test proyectivos, como el test de Rorschach.

A lo largo de su recorrido impartió clases en diversas áreas profesionales y colaboró estrechamente en la implantación de la trayectoria de Psicología en la Universidad Autónoma de Madrid.

Detrás de esta intensa trayectoria siempre estuvo presente “el deseo de conseguir para él [paciente] una mejor calidad de vida, la creencia de la necesidad que había de crear redes de atención y apoyo hacia ellos que abarcasen la familia, que tuviesen en cuenta la integración personal y laboral al mundo, el respeto hacia ellos y la desconfianza en las etiquetas diagnósticas definitivas” (APJP).

En su texto *¿Qué fue de ellos?*, publicado recientemente como epílogo en el libro *Las Leyendas Negras. Cuentos de hospital psiquiátrico* y escrito muchos años después de su paso por el Manicomio de Salamanca, reflexionaba sobre aquellos pacientes y cómo había evolucionado la Psiquiatría en los últimos cincuenta años:

“Tres décadas después, en España, en Madrid, en el pueblecito de Leganés, se cerró un psiquiátrico regido por monjas instalado también en un edificio muy antiguo. Se sustituyó por el Instituto José Germain, de nueva creación arquitectónica, un edificio moderno, acristalado todo él y situado en el Centro del pueblo. Era de régimen de puertas abiertas. (...) Confirmé no solo el buen funcionamiento científico y actualizado del Centro, sino también el trato humano que iba mucho más allá de lo que yo imaginaba entonces para mis pobres enfermos del Manicomio de Salamanca, en donde inicié mis prácticas de psiquiatría siendo estudiante de medicina. Ya puedo morir tranquila, me dije entonces” (40).

Contacto

Julia Álvarez-Arenas ✉ jaarenas@torrejonsalud.com
Centro de Especialidades Torrejón de Ardoz
Avenida de Madrid, Torrejón de Ardoz • 28850 Madrid. España
Ana Conseglieri ✉ ana.conseglieri@salud.madrid.org
Hospital Universitario Infanta Cristina
Av. 9 de Junio, 2, Parla, • 28981 Madrid. España

Bibliografía

- Huertas R. El debate sobre la reforma psiquiátrica en la España del primer tercio del siglo XX. *Átopos*. 2003; 2: 43-53.
- Espino JA. La reforma psiquiátrica en la II República española. En: Huertas R, Romero AI, Álvarez R, editores. *Perspectivas Psiquiátricas*. Madrid: CSIC; 1987 p. 221-230.
- Carpintero H. *Historia de la Psicología en España*. Madrid: Eudema; 1994.
- Markez I, José Guimón. *Historias de un arquitecto de la psiquiatría y psicología vascas*. Bilbao: Diputación F. de Bizkaia, Ekimen editorial, 2018.
- Conseglieri A, Villasante O. Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; 27(1): 119-141.
- Comelles JM. *La Razón y La Sinrazón: Asistencia Psiquiátrica y Desarrollo Del Estado En La España Contemporánea*. Barcelona: PPU; 1988.
- Carles F, Muñoz I, Llor C. El psicoanálisis en España en el siglo actual. En: Angosto T, Rodríguez, López A, Simón Lorda D, comp. 75 años de historia de la psiquiatría. III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría. Ourense: AEN; 2001 p. 91-100.
- Huertas R. Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis (Lafora, Vallejo-Nágera, Garma). Madrid: Nivela; 2002.
- Pacheco L. A modo de fichas sobre clásicos de la Psiquiatría: La primera cátedra oficial de Psiquiatría en España: Antonio Vallejo Nágera y Juan José López Ibor. *www.Lmentala.net* Diciembre 2015; 37: 1-6.
- Lévy Lazcano, S. *Psicoanálisis y defensa social en España, 1923-1959*. Madrid: Catarata; 2019.
- Angosto T. D. José Pérez-Villamil o la pasión por el recuerdo. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1985; 5(15): 484-492.
- González Duro E. *Historia de la locura en España*. Tomo III, Del Reformismo Del Siglo XIX al franquismo. Madrid: Temas De Hoy; 1996.
- Olabarría B. José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la Psicología en España. En: Aparicio V, comp. *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*. Madrid: ELA; 1997 p. 193-212.
- Alvarez-Arenas J, Conseglieri Gámez A, Baquero Leyva M. Cuando pocas mujeres estudiaban Medicina: la formación en psiquiatría de Jesusa Pertejo durante la posguerra española. En: XXVII Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. "Sujetos a lo social". Madrid: AEN; 2017.456-462. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/comunicaciones-libres-jornadas-aen.pdf>, p. 456-462.
- Bandrés J, Llavona R. *La escuela de Psicología y Psicotecnia de la Universidad de Madrid (1954-1989)*. *Psicothema* [revista electrónica].2004 [consultado 18 diciembre 2020]; 16 (2): 173-180. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/1179.pdf>
- Sos Peña, R. La psicología aplicada española en tiempos de postguerra (1939-1945). *Revista de historia de la psicología* 2011; 32(2-3): 57-68.
- Carles F, Muñoz I, Llor C, Maset P. *Psicoanálisis en España (1893-1968)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2005.
- Huertas R. *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata; 2012.
- Violi P. Cartas. En: Van Dijk T, comp. *Discurso y literatura. Nuevos planteamientos sobre los géneros literarios*. Madrid: Visor; 1999 p. 181-204.
- Doll Castillo D. La carta privada como práctica discursiva: algunos rasgos característicos. *Signos* [revista electrónica] 2002 [consultado 10 febrero 2021]; 35 (51/52): 33-57. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09342002005100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Ortiz T. *Medicina, historia y género*. Oviedo: KRK; 2006.
- Santesmases M, Cabré i Paret M, Ortiz Gómez, T. Feminismos biográficos: aportaciones desde la historia de la ciencia. *Arenal*. 2017; 24 (2): 379-404.
- Heraldo de Zamora*: Diario de la tarde. Defensor de los intereses...: Año XXXVII Siglo II Número 11831 - 1933 mayo 30 Disponible en: <https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=10002268661>
- Canales Serrano AF. Las mujeres y la enseñanza científico-tecnológica en la España del siglo XX. *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista* 2006; 5, 111-128.
- López de la Cruz, L. La presencia de la mujer en la Universidad Española. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana* 2002; 4: 291-299.
- Roca i Girona J. Los (no) lugares de las mujeres durante el franquismo: el trabajo femenino en el ámbito público y privado. *Gerónimo de Uztariz*. 2005; 21: 81-99.

27. García Colmenares C. Las primeras psicólogas españolas. Itinerarios vitales y profesionales. Granada: Universidad de Granada; 2011.
28. Diario de Zamora de Falange Española de la J.O.N.S.; Año XIII Número 3998, 11 de Diciembre de 1949.
29. Huertas R. En los inicios de la psiquiatría franquista: el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942). *Dynamis* 2017; 37(1): 23-43.
30. Rodríguez A. Historia de la Psiquiatría académica gallega. En Angosto T, Rodríguez, López A, Simón Lorda D, comp. 75 años de historia de la psiquiatría. III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría. Ourense: AEN; 2001 p. 183-191.
31. Simon Lorda D. Locura, Medicina y Sociedad: Ourense (1875-1975). Ourense: Fundación Cabaleiro de Goas; 2005.
32. Giménez-Roldán S. Neuropsiquiatría y política: el enfrentamiento entre Gonzalo R. Lafora y José María Villaverde. *Neurosciences and History*. 2014; 2(4): 140-148.
33. Pertejo J. Una historia personal. Relato del proceso de mi formación en psicología clínica. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 2002; 55(4): 501-513.
34. Martínez DR. La escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard. Una revisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1996; 16(58): 235-248.
35. Castilla del Pino C. Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX: Una mirada biográfica. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; 27(1): 105-118.
36. Candela R, Villasante O. Pacientes «penales» en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852-1952). *Dynamis*. 2018; 38 (1): 163-87. Disponible: <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/336033>
37. Dualde F. Legislación y asistencia psiquiátrica durante el franquismo: consideraciones particulares acerca de la esquizofrenia. *Cronos* 2007; 10: 89-136.
38. Huertas R. Una nueva Inquisición para un Nuevo Estado: Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera. En Huertas R, Ortiz C, eds. Ciencia y fascismo. Aranjuez: Doce Calles; 1998 p. 98-109.
39. Villasante O. La evaluación psicotécnica de los enfermeros psiquiátricos en España (1930-1972): ¿una tarea moral?. *Revista de Historia de la Psicología* 2020; 41(1): 2-11.
40. Pertejo J. Epílogo ¿qué fue de ellos? En: Pertejo Seseña J. Las leyendas negras. Cuentos de hospital psiquiátrico. 1ª. Madrid: SEPYPNA; 2020 p 155-159.
41. Diputación de Salamanca-Fondo del Centro de salud mental: <http://www.lasalina.es/organizacion/yrhh/serviciosgenerales/archivo/fondos/delcentrodesaludmental/index.html>
42. Lázaro J. Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Revista de la AEN*. 2000; 20 (75): 399-515.
43. Martínez Azumendi, O. Wenceslao López Albo. *Revista Norte de salud mental* 2003; 5(16): 67-71.
44. Rahmani R, Pacheco L. A modo de fichas sobre clásicos de la Psiquiatría (XXX): Wenceslao López Albo. www.mentala.net. 2017; 55.
45. Corral M. Revisión bibliográfica sobre los orígenes de la Casa de Salud de Valdecilla (1929-1937). *Revista Médica de Valdecilla* 2015; 24-27.
46. Salmón Muñoz F; Arrizabalaga J; García Ballester L. La introducción del hospital contemporáneo en España: La quiebra del modelo originario de organización de la Casa de Salud Valdecilla de Santander. *Dynamis*.1987-1988;7-8: 249-273.
47. González Cajal J. Algunos datos sobre la psiquiatría que vivió Lafora en España hasta 1936. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1989; 9(28): 101-113.
48. Soto Yárritu F. Semblanza del Dr. Aldama Truchuelo. En: Anales de la Casa de Salud de Valdecilla. Instituto Médico de Postgraduados. Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud de Valdecilla. Santander 1973 p. 123-127.
49. Conseglieri A, Villasante O. Shock therapies in Spain (1939-1952) after the Civil War: Santa Isabel National Mental Asylum in Leganés. *History of Psychiatry* 2021; 32 (4): 402-418.
50. Vázquez González-Quevedo F. La medicina en Cantabria. Apuntes históricos y biográficos hasta 1930. Santander: Institución cultural de Cantabria. Universidad de Santander; 1982.
51. Jiménez de la Fuente M. La joven Leonora Carrington y el movimiento surrealista. 1916: *Anuario de Literatura Comparada*. 2016; 6: 149-170.
52. Carrington, L. Memorias de abajo. Barcelona: Alpha Decay; 2017.
53. Conseglieri A. El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952). Aspectos organizativos y clínico-asistenciales. Madrid: Universidad Complutense; 2013.
54. Morales L, Pertejo J. La mujer moderna: ensayo de higiene mental. El siglo médico: semana médica española, revista técnica y profesional de ciencias médicas 1946; 4713: 263-269.

55. Conseglieri A. La introducción de nuevas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel. *Frenia* 2008; 8: 131-160.
56. Giménez MC. La obra científica de Jeroni de Moragas. *Revista de Historia de la Psicología*. 1998; 19 (2-3): 291-302.
57. Guillén P. Semblanza biográfica de la Dra. Jesusa Pertejo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 1990; 9: 5-11.
58. Álvarez-Arenas J, Conseglieri A. *La figura de Jesusa Pertejo Seseña (1920-2007) en la institucionalización de la Psicología en España*. En: Martínez Azuendi O, Conseglieri A, Villasante O, Markez I. *Psiquiatría y Cambio Social. Apuntes para una historia reciente*. Madrid: AEN; 2019 p. 13-24.

• Recibido: 08/06/2021.

• Aceptado: 10/11/2021.



Anexo 1: Noticia publicada en el Diario de Zamora de Falange Española de la J.O.N.S.; Año XIII Número 3998, 11 de Diciembre de 1949.



Anexo 2: Fotografía de Jesusa Pertejo Seseña en el Sannatorio "Peñacastillo" del Dr. Morales (Santander).

Hace ya algún tiempo: La malarioterapia y Julius Wagner-Jauregg (1857-1940).

Some time ago: The malaria therapy and Julius Wagner-Jauregg (1857-1940).

Reda Rahmani. Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia.

Sonsoles Pacheco. Enfermera. Centro DAP. Bilbao.

Juan Medrano. Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. BioCruces Bizkaia.

Oscar Martínez. Psiquiatra. Getxo. Sección de Historia de las Ciencias Médicas y de la Salud. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Iñaki Markez. Psiquiatra. Ekimen Elkarte. Bilbao. Sección de Historia de las Ciencias Médicas y de la Salud. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Luis Pacheco. Psiquiatra. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia Sección de Historia de las Ciencias Médicas y de la Salud. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. BioCruces Bizkaia.

Resumen: La Neurosífilis era una de las patologías predominantes en los manicomios de finales del siglo XIX y en sus etapas tardías mostraba impactantes síndromes neuropsiquiátricos, entre los cuales destacaba la Parálisis General Progresiva (PGP), de evolución mortal y sin tratamiento eficaz. Por aquel entonces se pensaba que la fiebre mejoraba la clínica de las enfermedades psiquiátricas y siguiendo esta teoría un neuropsiquiatra austriaco, llamado Julius Wagner-Jauregg, mostró que la inoculación de sangre de pacientes infectados con “Plasmodium” –el parásito que provoca la malaria– resultaba eficaz en numerosos casos de PGP y por ello recibió el premio Nobel de Medicina en 1927.

Palabras clave: Neurosífilis, Parálisis General Progresiva, Malarioterapia, Piretoterapia, Wagner-Jauregg, Premio Nobel de Medicina.

Abstract: At the end of the 19th century, Neurosyphilis was one of the most common conditions among mental asylums' inmates. At advanced stages of the disease, patients would develop impressive neuropsychiatric syndromes including the remarkable General Paralysis of the Insane (GPI), which used to lead to fatal outcomes as there were no effective treatments. At that time, it was thought that fever improved the clinical manifestations of psychiatric diseases. Building on this theory, Julius Wagner-Jauregg, an Austrian neuropsychiatrist, showed that the inoculation of blood infected with “Plasmodium” –the parasite responsible for malaria disease– was effective in many cases of GPI. His work was rewarded by the Nobel Prize in Medicine in 1927.

Key words: Neurosyphilis, Paralytic dementia, Malaria therapy, Fever therapy, Wagner-Jauregg, Nobel Prize in Medicine.

A principios del siglo XX la sífilis –conocida como “la gran simuladora”¹–, seguía siendo una enfermedad habitualmente contraída por contagio sexual y prácticamente mortal en los estadios más evolucionados^{2,3}. Cuando se manifestaba clínicamente la afectación del Sistema Nervioso Central (SNC) habían pasado, generalmente, entre 10-30 años de la infección inicial^{2,4} y en esta etapa, conocida como “Neurosífilis –dentro de la cual destacaba la denominada Parálisis General Progresiva (PGP)– aparecían impactantes síndromes neuropsiquiátricos y neurológicos: demencia, parálisis, crisis convulsivas, delirios, síndromes maniformes y depresivos, etc.; siendo también característico su comienzo con manifestaciones de conductas antisociales, conocidas como el “periodo médico-legal”^{2,4}.

La PGP era una de las patologías predominantes en los manicomios de la época^{3,5-7}, afectando con más frecuencia a varones de entre 20-40 años de edad^{6,8} que fallecían pocos años después, la mayoría de ellos dentro de los dos primeros tras el diagnóstico^{4,5}. Gran parte de la sociedad, incluidos muchos de los médicos, consideraban a estos enfermos como depravados, inmorales o viciosos⁷; situación no tan extraña si se tiene en cuenta el auge que tuvo en Psiquiatría la llamada teoría de la “degeneración” durante la segunda mitad del siglo XIX². Aunque en esta época varios clínicos habían expuesto la clínica de la enfermedad con mayor o menor finura⁶, la constatación anatomopatológica de la afectación del SNC en la PGP fue descrita por el francés ALJ. Bayle, con tan solo 23 años de edad, en su tesis doctoral de 1822; evidenciando la presencia de una meningitis crónica y teorizando por ello que los síntomas de la alienación mental podían ser consecuencia de la inflamación aracnoidea que aparecía en estos pacientes^{2,3,6,9}. La etiología de la sífilis se conoció en 1905 gracias al descubrimiento del “*Treponema Pallidum*” por Schaudinn y Hoffmann y, en lo que respecta al SNC, Plaut demostró en 1907 la presencia de dicho microorganismo en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con PGP; Ranke descubrió la afectación de la piamadre por el treponema en 1909 y finalmente, en 1913, Noguchi y Moore encontraron la presencia del mismo en el cerebro de dichos pacientes, aclarando definitivamente la causa de la PGP^{2,3,6,8,9}. Paralelamente, por aquel entonces se pensaba que la

fiebre mejoraba la clínica de las enfermedades psiquiátricas, incluida la neurosífilis. Esto había dado lugar a la teoría de que las psicosis podrían tener un origen infeccioso, la cual promovió durante años la búsqueda anatomopatológica de un imaginario “esquizococo”¹⁰. Esta ligazón entre la fiebre y la patología psiquiátrica se remonta a los tiempos de Hipócrates, siendo reseñada también por los griegos Areteo de Capadocia y Galeno –quien al parecer menciona un caso de melancolía curado después de un paludismo– o el romano Celio Aureliano; y las teorías se han mantuvieron a lo largo de la historia de la Medicina con observaciones como las del inglés T. Sydenham (1624-1689), que indicó la provechosa influencia de la fiebre en las enfermedades mentales, o los holandeses H. Boerhaave (1668-1738) y L. Schröder Van der Kolk (1797-1862) que también señalaron el beneficio de la hipertermia sobre los trastornos mentales^{5,11-13}.

El auge de estas hipótesis fue de vital importancia para el primer tratamiento eficaz en la neurosífilis y el protagonista que ha pasado a la Historia por ello fue Julius Wagner-Jauregg (1857-1940), de quien luego reseñaremos una breve biografía. Sin embargo, un psiquiatra ruso, director del “Odessa Psychopatic Hospital” y llamado Alexander Rosenblum (o Rosenblum en otros textos) (1826-1902)^{5,13-16}, ya había observado en 1876 los beneficios de la malaria y otras enfermedades febriles en 22 pacientes psicóticos crónicos; publicando en una revista de muy escasa difusión que 11 de ellos se habían curado y poco más tarde amplió la serie a 32 casos, de los cuales 21 habían remitido^{1,5,13-15}. Este autor hizo referencia a las observaciones previas de otros clínicos sobre el papel benefactor de la fiebre en las psicosis, citando entre otras las de Esquirol, Koster, Griesinger, Maudsley, y lo que es más relevante, las de M. Leidesdorf, quien más tarde fue el maestro de Wagner-Jauregg^{14,15}. Por ello, autores como Zakon y Neymann¹⁵, reivindicaron para el ruso el descubrimiento de los efectos beneficiosos de la malaria en pacientes psicóticos, publicando en 1943 un trabajo con la traducción al inglés del artículo del psiquiatra ruso, si bien queda la duda razonable de si realmente inoculó la malaria a los pacientes, ya que está cuestión no se aclara bien en el artículo¹³. Sin embargo, el propio Wagner-Jauregg señaló que el propósito



del ruso no era la curación de las enfermedades mentales a través de la fiebre, sino el estudio de la transmisión de la fiebre recurrente en humanos y también que en la muestra de Rosenblum no existía ningún paciente afecto de PGP; mientras que otros creían que al menos 10 de ellos probablemente presentaban dicha patología^{1,5,13-17}. Volveremos sobre este polémico tema en el apartado de la biografía de Wagner-Jauregg, pero parece haber acuerdo entre los historiadores en que Rosenblum apreció antes que Wagner-Jauregg los beneficios de la malaria en pacientes psicóticos (no necesariamente afectados de PGP) y que algunos de sus pacientes se recuperaron tras padecer la misma, quedando también claro que el ruso dejó constancia escrita de su creencia del efecto beneficioso de las enfermedades febriles en las psicosis¹⁵. No obstante, la realidad es que el nombre que fundamentalmente ha quedado ligado a este proceder en Medicina es el del psiquiatra austriaco. En 1917 nuestro autor era el catedrático de Neuropsiquiatría de Viena¹⁸ y llevaba años experimentado sobre este tema, habiendo ensayado años antes la inoculación de tuberculina y toxinas bacterianas en pacientes psiquiátricos, con cierto éxito pero con importantes efectos secundarios^{5,12-13,17,19-20}. Aquel año se le ocurrió transfundir la sangre de pacientes afectados de malaria (paludismo) a varios sujetos afectados por la neurosífilis, cuestión sobre la que venía meditando desde 1887¹³. Para Wagner-Jauregg no había nada que perder, ya que los pacientes estaban abocados a una muerte casi segura y su hipótesis era que, si empeoraban las cosas con la diseminación de la malaria, al menos tenía a mano la quinina como remedio eficaz - en algunos casos, no en todos -, cosa que no sucedía con la provocación de otras infecciones al no existir aún antibióticos. La técnica que ideó consistía en la extracción de sangre venosa de un paciente infectado con "Plasmodium" (el parásito que provoca la malaria) pero que no hubiese recibido quinina¹². Esto era fundamental, ya que en caso contrario podría inocularse una cepa de "Plasmodium" resistente a la quinina. Una vez extraída la sangre se inyectaba la misma al paciente sífilítico, bien por vía endovenosa, bien de forma subcutánea o intramuscular, alcanzando posteriormente el paciente una fiebre por encima de 39º grados centígrados, y al que tras varios ac-

cesos se le facilitaba quinina^{11-12,17}. La sorpresa general fue que bastantes pacientes, en lugar de morir, se recuperaban. Sin embargo, al margen de la neurosífilis, la técnica no funcionaba generalmente en el resto de las enfermedades mentales graves²⁰ y no estaba exenta de problemas, tanto por los efectos secundarios (descritos teóricamente como infrecuentes), como por la posibilidad de inducir una epidemia de paludismo en la población hospitalaria, al ser necesariamente transmitido el parásito por un mosquito^{11-12,21}.

El primer caso de Wagner-Jauregg tratado con este método fue un varón, T.M., de 37 años de edad, actor de profesión y afecto de PGP, que había ingresado en mayo de 1917 en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Viena. El 14 de junio le inoculó sangre de un soldado (estaban en la 1ª Guerra Mundial) afecto de malaria e ingresado en el hospital, y a las 3 semanas tuvo el primer acceso febril. Pasado el sexto acceso comenzó a mejorar y tras 9 de ellos le dieron quinina, normalizándose el paciente unos dos meses después de iniciado el tratamiento, lo que permitió su alta el 5 de diciembre del mismo año^{13,20}. Los primeros resultados de Wagner-Jauregg fueron comunicados en 1917 y publicados al año siguiente, con un total de 9 pacientes, de los que uno falleció, dos acabaron ingresando en un psiquiátrico y seis mostraron una mejoría considerable; si bien, cuatro de estos últimos seis sufrieron más tarde recaídas. No obstante, los dos restantes pacientes se recuperaron por completo y fueron capaces de regresar a sus domicilios y trabajar^{5,13,22-23}. Como hemos señalado, la técnica no estaba exenta de riesgos, y el propio Wagner-Jauregg encontró diferencias en la mortalidad en función de la cepa de Plasmodium inyectada^{17,22}. También hay que señalar que, al margen de la quinina, Wagner-Jauregg solía añadir un tratamiento con derivados asernicales (Salvarsan® y Neosalvarsan®)^{13,17} que eran fármacos de entonces reciente aparición (1906 y 1914, respectivamente)³ para tratar la sífilis pero que, sin embargo, no resultaban eficaces en los estadios avanzados de dicha enfermedad, como era la PGP^{2,3,8,24}. A pesar de ello, parece que el propio Wagner-Jauregg encontró mejores resultados cuando usaba estos productos como coadyuvantes, que usando la malarioterapia de manera aislada²²⁻²³. Un par de años más tarde, gracias a la colaboración del

bacteriólogo R. Doerr^{3,13,17,25} –quién en 1919 puso a disposición de Wagner-Jauregg una cepa de “Plasmodium” más segura y muy sensible a la quinina–, se pudo mejorar la técnica y fallecieron menos personas.

En 1921 Wagner-Jauregg describió que llevaban tratados más de 150 pacientes^{13,16}; que en algunos casos la remisión duraba ya más de tres años y que más de una docena de personas había podido reanudar su trabajo¹³. Al año siguiente informó que el tratamiento superaba los 200 pacientes, de los cuales cincuenta habían podido volver al trabajo^{5,7,8,13}. En 1925, J. Gertsman, uno de sus colaboradores, publicó que el número de pacientes tratados superaba los 1.000 casos y que 400 de ellos tenían una evolución adecuada de más de 2 años de duración, observándose algún tipo de remisión en el 60% de estos, dentro de los cuales 5 pacientes tuvieron una remisión “absoluta”¹³. Estas cifras fueron discutidas con el paso de los años, al replicarse mundialmente la técnica. Parece que el pronóstico estaba fundamentalmente ligado, al menos empíricamente, a la rapidez con la que se instauraba el tratamiento, estimándose que si se hacía dentro de los 2 meses de iniciarse los síntomas paréticos se producían un 90% de remisiones; si era durante los 6 primeros meses se reducían al 80%; si se iniciaba entre los 6-12 meses bajaba al 20% y pasados los 2 primeros años se estimaba la remisión entre un 10%-20% de los casos¹.

Wagner-Jauregg se convirtió, en 1927, en el primer neuropsiquiatra de la Historia en ganar un Premio Nobel de Medicina^{5,26} y le fue otorgado “por su descubrimiento del valor terapéutico de la inoculación de la malaria en el tratamiento de la demencia paralítica”^{23,27}. Se reseña que, tras conocer sus procedimientos y antes de ser propuesto para el Nobel, un psiquiatra miembro de la Academia sueca, B. Gadelius, comentó: “A mis ojos, un médico que inyecta la malaria a un paralítico, no deja de ser un criminal...”^{5,18,22}. Se piensa que, quizás por ello, hasta la jubilación de Gadelius de la Academia no se le concedió el Nobel a Wagner-Jauregg^{12-13,22}. Las aportaciones del grupo de Wagner-Jauregg fueron rápidamente difundidas ante la ausencia de otras estrategias eficaces. En 1921 el tratamiento fue introducido en Holanda y América del Sur; en 1922 en Ingla-

terra, Italia y Checoslovaquia y en 1923, en Estados Unidos, Rusia, Dinamarca y Francia^{2,11-13,28}. En España, las primeras reseñas sobre la técnica las hizo G. Rodríguez Lafora en 1920, que también aportó posteriormente (1925) los primeros casos^{9,11,21,29-30}, y en 1927 A. Vallejo Nágera y R. González Pinto publicaron la casuística más extensa hasta entonces^{11,31}.

El mecanismo de acción de la malarioterapia fue discutido hasta la saciedad, sin llegar ninguna conclusión uniformemente aceptada y aún sigue siendo desconocido en la actualidad¹¹. Décadas más tarde, con el advenimiento de los antibióticos, la técnica fue finalmente desechada como tratamiento de la PGP. No obstante, se seguía aplicando en los años 40 en varios países del mundo, incluido el nuestro³²⁻³³; si bien debe tenerse en cuenta que realmente el acceso y difusión mundial de la penicilina para el tratamiento de la sífilis –cuyo descubrimiento fue publicado en 1929 y el de la purificación para su uso humano se realizó en 1940³⁴– no tuvo lugar realmente hasta finales de la segunda guerra mundial, ya que la terapia de elección de este fármaco en las infecciones por *Treponema* se había establecido en 1943^{3,5,20,35}. El éxito inicial de Wagner-Jauregg en la neurosífilis llevó a los investigadores a buscar procedimientos similares para otras patologías psiquiátricas, como fue la provocación del “absceso de fijación”, habitualmente mediado por la esencia de trementina. Este método fue propuesto en series amplias por Pascal y Davey en 1926, y el mismo año fue empleado en España por M. Villar y J. Germain, en la policlínica neurológica de G. Rodríguez Lafora²¹, señalando casos de gran mejoría. Se inyectaban 1-2 cc de esencia de trementina, provocando un absceso que originaba una fiebre de unos 39°. A los 4-5 días se desbridaba el absceso, dejando un drenaje y haciendo una antisepsia ligera, mejorando la clínica unos diez días después de iniciado el “tratamiento”^{21,33}. Este método fue usado como atenuación de agitación sobre todo en pacientes maniformes y esquizofrénicos –y también como castigo de las alteraciones conductuales–, y su origen tuvo que ver con la mencionada teoría por la cual se pensaba que la fiebre mejoraba los síntomas psicóticos²¹.

La malarioterapia se volvió a usar ochenta años después de su primer ensayo; en esta ocasión en



un polémico estudio con pacientes chinos afectados del VIH publicándose los resultados en 1997³⁶⁻³⁸, al que siguieron después al menos dos trabajos más por autores del mismo grupo³⁸ (al igual que sucedía con la PGP en tiempos de Wagner-Jauregg, en aquellos años no existía cura para el SIDA y el fallecimiento de los pacientes era la norma). Como curiosidad, el primer autor del trabajo fue H. Heimlich—el de la famosa “maniobra” en la asfíxia por atragantamiento— quien manifestó que los resultados fueron inicialmente esperanzadores, si bien luego se ha visto que cuando ambas enfermedades coexistían los pacientes tenían peor pronóstico³⁸, gracias a las observaciones realizadas, por ejemplo, en el África subsahariana donde esta comorbilidad fue relativamente frecuente³⁷. También su uso ha sido sugerido muy recientemente (2019)³⁹ a modo de inmunoterapia para el Lupus eritematoso sistémico, al observarse una menor prevalencia de ciertas enfermedades autoinmunes en la población de Nigeria y teorizarse que esto podría deberse a la modulación inmunológica resultante de la exposición recurrente al “Plasmodium” por parte de la población.

Esbozo biográfico de Julius Wagner-Jauregg.

Julius Wagner-Jauregg, nació el 7 de marzo^{19,25-27,40-42} de 1857 en la ciudad de Wels (Austria); al año siguiente de que lo hiciesen los que, sin duda, fueron los dos psiquiatras más relevantes de su época: Sigmund Freud y Emil Kraepelin, ambos vecinos centroeuropeos y ambos también en su día candidatos al Nobel, premio que sin embargo nunca consiguieron. Julius era, según su principal biógrafa y otros autores, el segundo hijo^{18,25,43} - aunque otros dicen que el primero⁴⁰ - de los cuatro (junto a Adolfine, Rosa y Fritz) que tuvieron Adolf Johann Wagner (1816-1894), funcionario del Ministerio de Finanzas, y Ludovika Helene Ranzoni^{25,27,44}. Los apellidos familiares se cambiaron a Wagner Ritter von Jauregg cuando su padre obtuvo un título nobiliario (algo así como “Caballero Imperial”), otorgado por el Imperio Austro-Húngaro en 1883, pero todos los títulos otorgados desaparecieron en 1918 con el fin de dicho Imperio y él pasó entonces a apellidarse Wagner-Jauregg^{18,25,40}.

Poco se sabe de su infancia y adolescencia, apenas que su madre falleció de tuberculosis en 1867, cuando él tenía 10 años^{18,25,40}—lo que provocó que sus dos hermanas fueran enviadas a

un convento, mientras que los varones permanecieron junto a su padre¹⁸— y que el propio Julius padeció fiebres tifoideas y tuberculosis^{25,40}. Después de acudir a la escuela primaria y realizar parte del bachiller en la ciudad de Krems, donde su padre había sido trasladado, continuó el mismo a partir de 1872 en el Schottengymnasium tras volver su padre a Viena^{18,25}, siendo compañero de S. Freud⁴⁰, con quien parece que mantuvo posteriormente una cierta confraternización y algunas coincidencias⁴⁵. Inicialmente orientado a realizar los estudios de Filosofía, acabó matriculándose en la Facultad de Medicina de Viena en octubre de 1874^{18,24,40}—considerada el epicentro mundial de la enseñanza médica a mitad del siglo XIX¹⁸—, junto a otros ciento cuarenta y cuatro compañeros en el primer año⁴⁰. En algunos cursos volvió a coincidir con S. Freud, que era un año mayor, pero quien acabó la carrera un año más tarde^{40,45}.

Tras una brillante licenciatura, durante la cual hizo también el servicio militar adscrito al hospital Garrison de Viena^{25,43}, se doctoró el 14 de julio de 1880 con una tesis dirigida por S. Stricker, director del departamento de Patología General y Experimental (en realidad, la Anatomía Patológica de nuestros días) y titulada algo así como “Origen y función de la aceleración cardíaca”²³. Y parece que también coincidió un tiempo trabajando con Freud en este departamento. Resulta interesante un artículo de Whitrow (1990)⁴⁵ sobre ciertas coincidencias entre ambos psiquiatras, tan dispares en sus planteamientos clínicos.

En 1882 abandonó a Stricker y por un brevísimo período de tiempo intentó trabajar en el departamento de Medicina Interna dirigido por H. Bamberger en Viena, ya que su ilusión profesional era especializarse como internista^{5,13,25}. Al no poder obtener allí un puesto clínico lo intentó ese mismo año (al igual que Freud) con el profesor H. Nothnagel, también en Viena y también sin éxito para ambos⁴⁵. Parece que estos fracasos motivaron que ese año abandonase temporalmente sus aspiraciones y se apuntase a formar parte de una fallida expedición a África dirigida por el famoso explorador HM. Stanley, durante la cual pensaba trabajar como médico en un barco de la compañía Lloyds⁴⁰; y más tarde a formar parte de una comisión internacional para viajar a Egipto, en esta ocasión frustrado el viaje por el bombardeo inglés a la ciudad de Alejandría^{24-25,40}.

Tras dichas peripecias y a pesar de su casi nulo interés inicial por las enfermedades mentales –según refieren varios autores parece que eligió este campo porque permitía una vida “relajada”^{18,20,24}–, acabó obteniendo una plaza de asistente y especializándose en Neuropsiquiatría con el catedrático Maximilian Leidesdorf que dirigía el manicomio estatal; donde trabajó entre 1883-1888^{5,13} y en su último año allí acabó sustituyendo a su jefe, ya que este había sufrido una crisis cardíaca^{13,18}.

También publicó en 1887 un relevante artículo sobre el efecto de la fiebre en las psicosis, al parecer producto de haber observado años antes una espectacular mejoría en una paciente psiquiátrica grave, tras padecer erisipela. En la revisión bibliográfica que realizó encontró una casuística de 163 pacientes en los cuales la psicosis había remitido tras padecer fiebre de distintos orígenes^{5,8,13,19}. Este trabajo contribuyó a la polémica sobre la atribución de la “paternidad” de la malarioterapia en la PGP, como hemos señalado. Algunos autores¹³⁻¹⁴ señalan que es muy improbable que Wagner-Jauregg conociera entonces el mencionado trabajo de Rosenblum, ya que el artículo original estaba publicado en una revista de muy escasa difusión y además parece que el mismo fue parcialmente traducido al alemán dos años después (1879) de la publicación de Wagner-Jauregg, por un tal Oks¹⁴⁻¹⁵. Sin embargo, otras fuentes parecen indicar que sí conocía la publicación^{17,46} e incluso que la citó en su artículo⁴⁶. No hemos podido acceder al trabajo original de Wagner-Jauregg en 1887, pero si hemos consultado su reproducción “*Über die einwirkung fieberhafter erkrankungen auf psychosen*” en un libro editado en 1936⁴⁷ en el cual, efectivamente, hace mención en varias ocasiones –ciertamente de manera muy imprecisa, sin especificar títulos ni fechas–, tanto a trabajos de Rosenblum como a referencias de Oks y, por tanto, parece evidente que sí conocía al menos las citas bibliográficas de estos estudios. En todo caso, la historia nos resulta un tanto confusa y difícil de aclarar, al no haber podido acceder a las fuentes originales. Nos sorprenden sobre todo las referencias a Oks por parte de Wagner-Jauregg, lo que nos hace pensar que, o bien la reproducción del trabajo de Wagner-Jauregg en 1936⁴⁷ contó con un añadido -a posteriori- de su autor, o bien que sí cito a estos autores

en su trabajo original de 1887. Para complicar más las cosas, cuando Zakon y Neymann publicaron en 1943¹⁵ la traducción al inglés del trabajo de Rosenblum, citaron la primigenia traducción de Oks como “*Ueber die Wirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung von Psychosen. Arch. f. Psychiat. 10: 249, 1879*”¹⁵ y esta misma citación se reproduce en una editorial del JAMA al año siguiente (1944)¹⁴. Hemos accedido a un trabajo de Oks⁴⁸ que parece el mismo (ya que tiene idéntico título, también está en alemán, parece publicado en idéntica revista y las referencias de las páginas son las mismas que el que señalan Zakon y Neymann), pero curiosamente la revista donde se localiza señala que está publicado un año después, es decir, en 1880⁴⁸. Puede resultar extraño, porque Oks firma su trabajo en noviembre de 1878⁴⁸ pero, insistimos, la propia revista lo fecha en 1880 y Gardner, que realizó una tesis doctoral sobre la malarioterapia en 1956¹⁶, incluye a Oks en la bibliografía y también sitúa el artículo en 1880. En todo caso, no se trata en absoluto del mismo trabajo que tradujeron Zakon y Neymann sobre Rosenblum¹⁵ - estos acaban señalando que la traducción de Oks es solo una parte del trabajo original de aquel y desde luego así lo parece -, ya que Oks se limita a describir literalmente las 32 observaciones de Rosenblum, con nombre y apellido de cada paciente, dividiendo los tratamientos con “Fiebre intermitente” (4 casos), “Tifus” (6 casos) y “Fiebres recurrentes” (22 casos)⁴⁸.

De cualquier manera, años más tarde, Wagner-Jauregg tanto en el congreso Internacional de Neurología celebrado en Londres en 1935^{5,13}, como también en un trabajo escrito en las mismas fechas –inédito entonces, pero dado a conocer póstumamente¹⁷– reconoció las aportaciones de Rosenblum sobre los beneficios de la fiebre recurrente en las psicosis, pero señalando que, en su opinión, el ruso nunca tuvo en mente tratar la sintomatología psiquiátrica de sus pacientes.

En 1885 Wagner-Jauregg había obtenido la habilitación docente (privat dozent) de Neuropatología⁴⁵ –según otros en Neurología^{25,42} e incluso en Anatomía³⁵–, y en 1888 la de Psiquiatría^{25,35}. Finalmente en 1889, con 32 años, fue nombrado director de la Clínica Neuropsiquiátrica y catedrático extraordinario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Graz, sucediendo en el cargo a R. Krafft-Ebing^{18,25,40}. A finales del siglo



XIX en Viena existían dos cátedras de Neuropsiquiatría. La denominada “I” tenía a su cargo unos 150 pacientes crónicos dentro del manicomio, mientras que la “II” tenía adscritos entre 40-70 pacientes agudos, en el hospital general¹⁸. R. Krafft-Ebing había obtenido la Catedra I en otoño de 1889, tras el fallecimiento de M. Leidesdorf y en 1892 accedió a la Cátedra-II tras la muerte de Theodor Meynert¹⁸. En dicha institución Krafft-Ebing se jubiló en 1902 y fue sucedido, al igual que había pasado en Graz, por Wagner-Jauregg, tras ganar este en 1893 la cátedra-I^{13,25} y trasladarse más tarde, en 1902, a la del hospital general. En el entreacto, Wagner-Jauregg fue Decano de la facultad de Medicina entre 1895 y 1896²⁵. Hacia 1910-1911 se unificaron las dos cátedras y nuestro autor fue su titular hasta su jubilación en 1928^{18,25,35}. Entre los que fueron sus discípulos destacan, entre otros, Constantin von Economo, Erwin Stransky, Erwin Stengel, Otto Kauders, Hans Hoff, Josef Gerstmann y Paul Schilder^{5,49}. Wagner-Jauregg fue sucedido en 1928 por O. Pötlz quién a su vez tuvo a su cargo, hacia 1933, a M. Sakel, el introductor de la “Insulinoterapia” en Psiquiatría, precisamente en dicha clínica²⁰.

Se casó en dos ocasiones, primero en 1890 con Balbine Frumkin (1862-1924), divorciada y con una hija llamada Melanie, de un matrimonio previo y con quien, a su vez, tuvo otra hija llamada Julie (1900-1987)^{25,44}, la cual acabó siendo una reconocida activista de la Sociedad Geográfica vienesa; aunque en la biografía oficial de los premios Nobel se sitúa a Julie como hija de su segundo matrimonio²³. Se separó de Balbine (su divorcio no fue legalmente posible hasta 1903)²⁵ muy probablemente por las causas habituales en estos casos^{18,25} y aunque algunos autores^{6,43} señalan que contribuyó el hecho de que ella fuese judía –dada la afinidad de nuestro autor a la ideología nazi–, otros exponen argumentos que inducen a una duda razonable sobre esta cuestión²⁵. Tras años de convivencia, se casó en segundas nupcias con una enfermera llamada Anna Koch (1880-1946), con quien había tenido un hijo llamado Theodor (1903-1992)^{23,25,44} el cual inicialmente recibió el apellido de la madre; dada la situación matrimonial de Wagner-Jauregg este hijo fue considerado ilegítimo y Wagner-Jauregg no pudo reconocerlo legalmente hasta la muerte

de su primera mujer, en 1924²⁵. Con el tiempo, Theodor llegó a ser un reconocido profesor de Química farmacéutica en la Universidad de Viena y dio dos nietos a nuestro autor^{18,23,25}.

La página oficial de los premios Nobel²³ y algún autor^{25,27} indican que falleció el 27 de septiembre de 1940 en Viena, pero otros señalan que fue el 1 de octubre^{24,26,41-42}, tras una neumonía, a la edad de 83 años y en pleno esplendor del nazismo, ideología de la que era simpatizante^{5-6,19,25,43,50}, llegando a ser presidente de Liga Austriaca de la Regeneración Racial y la Herencia^{25,50}. Sus restos están enterrados en el cementerio central de Viena, junto a su segunda esposa, Anna, su hijo Theodor y la mujer de este, Hermine⁵⁰.

Entre los premios que recibió en vida, al margen del Nobel, destacan la medalla Erb y el nombramiento como miembro honorario de la Sociedad alemana de Neurología (1926); miembro honorario de la de Sociedad alemana de Psiquiatría (1927); el premio Cameron de la Universidad de Edimburgo (1935) y la Medalla de oro del Comité Americano de la Investigación sobre la Sífilis (1937). Asimismo fue miembro, entre otras, de la Real Academia de las Ciencias de Suecia, de la Academia de Ciencias de Hungría, de la Academia Austríaca de Ciencias, de la Real Academia de Medicina de Turín, de la Sociedad de Psiquiatría y de la de Neurología de París, de la Academia Alemana Leopoldina de Ciencias Naturales y miembro honorario de la Asociación Americana de Psiquiatría^{25-27,51}. Sus principales trabajos fueron plasmados en una monografía, a modo de homenaje y publicada en 1936, que recogía una selección de dieciocho artículos publicados entre 1887-1935, con una introducción y una conclusión sobre el tema en cada uno de ellos⁴⁷. A esta monografía es a la que nos hemos referido a propósito del dilema sobre los trabajos de Rosenblum y Oks. Austria emitió un billete de curso legal con su imagen, en 1953⁵² y en 1957 un sello conmemorativo del centenario de su nacimiento⁵³. Al margen, muchas calles y hospitales llevan su nombre en su país y la Universidad de Viena le realizó numerosos reconocimientos⁵⁴.

Respecto a su carácter se señala que era taciturno, relacionando algunos autores esto con la pérdida de la madre durante la infancia; con escasos amigos, de pocas palabras, pero asertivo, poco

propenso a mostrar sus emociones, de una gran voluntad y determinación¹⁸, bastante modesto, austero y de costumbres puritanas⁴¹. Fue un gran aficionado al ejercicio físico y el alpinismo^{24,42}.

Al margen de su aportación principal, a la que hemos dedicado el texto, acabó siendo uno de los principales pioneros y defensores el tratamiento del cretinismo con extractos tiroideos y del bocio con pequeñas dosis de yodo, producto probablemente de su interés previo en la Medicina Interna; así como un experto psiquiatra forense^{18-19,25-25}, motivo este último por el que recibió el título honorario de doctor en Leyes por la Universidad de Viena¹⁸.

Antes hemos hecho referencia a la relación con Freud en el instituto. Honorio Delgado, uno de los psiquiatras más relevantes de Perú durante el siglo XX y que tuvo cierta relación con Wagner-Jauregg y con Freud, cuenta una anécdota²⁴ referida en persona por el primero, en la que siendo jóvenes y celebrando una fiesta un grupo de amigos –entre los que se encontraban ambos–, Freud se excedió con la bebida hasta perder el conocimiento. Sus compañeros se alarmaron creyendo que estaba muerto y llevaron el cuerpo hasta el domicilio del más tarde fundador del Psicoanálisis, llamando a la puerta y huyendo a la carrera, pero al día siguiente, el “muerto” acudió a las clases ya “resucitado”.

Contacto

Dr. Luis Pacheco Yáñez ✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus ☎ 946 006 920
Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.
c/ María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao

Bibliografía

- Chernin E. *The Malaria therapy of Neurosyphilis*. Journal of Parasitology. 1984; 70,5: 611-617. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3281739?seq=1>
- Giraldo Granada A. *Parálisis general progresiva*. En: *Los pacientes de Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*. Andrés Ríos Molina (Coordinación). México: UNAM. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. 2017. págs.: 165-218. Disponible en: http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/687_04_06_CapituloCuarto.pdf
- Pérez-Trullen JM, Giménez-Muñoz A, Campello I, Chárlez L. *La parálisis general progresiva o enfermedad de Bayle*. Neurosciences and History. 2015; 3,4: 147-153. Disponible en: http://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV3N42015147_153ES.pdf
- Armijo J, Sepúlveda A, Bahamondes R, Moscoso J. *Manifestaciones neuropsiquiátricas de la neurolúes: presentación de un caso de parálisis general neurosifilítica*. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2013; 51, 3:191-197. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n3/arto5.pdf>
- Tsay CJ. *Julius Wagner-Jauregg and the Legacy of Malarial Therapy for the Treatment of General Paresis of the Insane*. Yale J Biol Med. 2013; 86, 2: 245-254. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3670443/>
- Pearce JMS. *Brain Disease Leading to Mental Illness: A Concept Initiated by the Discovery of General Paralysis of the Insane*. Eur Neurol. 2012; 67:272-278. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Fulltext/336538>
- Braslow JT. *Effect of therapeutic innovation on perception of disease and the doctor-patient relationship: a history of general paralysis of the insane and malaria fever therapy, 1910-1950*. Am J Psychiatry. 1995; 152,5: 660-665. Publicado online el 1/4/2006. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.152.5.660>
- Brown EM. *Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane*. History of Psychiatry. 2000; 11: 371-382. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0957154X0001104403>



9. Villasante Armas O. *La introducción del concepto de "Parálisis General Progresiva" en la Psiquiatría decimonónica española*. *Asclepio*. 2000; 52, 1: 53-72. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/188/184>
10. Mitchell PB, Kirkby KC. *Las terapias biológicas antes de la introducción de los modernos psicofármacos*. En: *Historia de la Psicofarmacología* (F. López-Muñoz y C. Álamo, Directores). Vol. II. Buenos Aires-Madrid: Médica Panamericana. 2006. págs.: 901-926.
11. Villasante O. *La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España*. *Siso/Saude* 2002. 37: 101-17. Disponible en: <https://docplayer.es/60651054-Comite-de-publicacions.html>
12. Villasante O. *La malarioterapia, ¿un tratamiento revolucionario?* *El Médico Interactivo*. 19/9/2011. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/malarioterapia-tratamiento-revolucionario-20110919190158029688/>
13. Whitrow M. *Wagner-Jauregg and fever therapy*. *Medical History*. 1990; 34: 294-310. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1036142/pdf/medhisto0054-0056.pdf>
14. JAMA. *Priority in the discovery of fever therapy in psychosis*. Editorial. 1944; 124, 15: 1061-1062. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/267577>
15. Zakon SJ, with comment by Neymann CA. *Alexander Samoilovich Rosenblum. His contribution to fever therapy*. *Arch Derm Syphilo*. 1943; 48,1:52-59. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/520470>
16. Gardner JH III. *The mechanisms of action of malaria therapy: experimental studies and a review of action in general paresis*. 1956. Yale Medicine Thesis Digital Library. 2627. Disponible en: <http://elischolar.library.yale.edu/ymtdl/2627>
17. Wagner-Jauregg J. *The history of the malaria treatment of general paralysis*. *American Journal of Psychiatry*. 1946. Reeditado y publicado online, con comentarios y traducción de Bruetsch WL. *Am J Psychiatry*. 1994; 151,6: 231-235. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.102.5.577>
18. Whitrow M. *Julius Wagner-Jauregg (1857-1940)*. *Journal of Medical Biography*. 1993; 1: 137-143. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/096777209300100302?journalCode=jmba>
19. Gartlehner G, Stepper K. *Julius Wagner-Jauregg: pyrotherapy, simulantmethode, and "racial hygiene"*. *J R Soc Med*. 2012; 105: 357-359. Disponible en: <https://www.jameslindlibrary.org/wp-data/uploads/2016/08/J-R-Soc-Med-2012-08-Gartlehner-357-9.pdf>
20. Shorter E. *Historia de la Psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C Ediciones Médicas, SL. 1999.
21. Plumed JJ, Rojo LM. *El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931)*. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38, 3: 163-169. Disponible en: [https://actaspsiquiatria.es/PDFS/38_3/AEP%2038\(3\)%20163-169.pdf](https://actaspsiquiatria.es/PDFS/38_3/AEP%2038(3)%20163-169.pdf)
22. Austin SC, Stolley PD, Lasky T. *The History of Malaria therapy for Neurosyphilis: Modern Parallels*. *JAMA*. 1992; 268, 4: 516-519. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/398731>
23. The Nobel Prize. *Julius Wagner-Jauregg. Biographical Facts. Nobel Lecture*. 27/1/2021. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1927/wagner-jauregg/biographical/>
24. Delgado H. *Julius Wagner von Jauregg, promotor de la Psiquiatría eficaz*. *Revista de la Universidad Católica*. Pontificia Universidad Católica del Perú. 1940; 8-9: 376-381. Disponible en: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/53364>
25. Shaw LBZL, Shaw RA. *The pre-Anschluss Vienna School of Medicine – the physicians: Sigmund Freud (1856-1939), Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) and Karel Wenckebach (1864-1940)*. *J Med Biogr*. 2016; 24, 2: 158-68. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0967772014534804?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
26. Bruetsch WL. *Julius Wagner-Jauregg, M.D. Eminent Psychiatrist and originator of the Malaria treatment of Dementia Paralytica (Obituaries)*. *Arch NeurPsych*. 1940; 44, 6: 1319-1322. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/archneurpsyc/article-abstract/648722>
27. Sherby LS. *The Who's Who of Nobel Prize Winners 1901-2000*. 4ª ed. London: Oryx Press. 2002. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwih96q64PfrAhWoxlUKHWcID-I4HhAWMAR6BAGCEAE&url=https%3A%2F%2Fepdf.tips%2Fdownload%2Fthe-whos-who-of-nobel-prize-winners-1901-2000-fourth-edition.html&usg=AOvVaw3JkkkMwzxiY4c8iFCSv-c>
28. Ouwens IMD, Lens CE, Fiolet ATL, Ott A, Koehler PJ, Kager PA, Verhoeven WMA. *Malaria Fever Therapy for General Paralysis of the Insane: A Historical Cohort Study*. *Eur Neurol*. 2017; 78 : 56-62. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Pdf/477900>

29. Rodríguez Lafora G. *Diagnóstico y tratamientos modernos de la neurosífilis*. Madrid: Ed. Calpe. 1920. pág.: 152.
30. López-Muñoz F, Álamo C, Molina JD. *La terapéutica farmacológica de los trastornos mentales en la obra de Gonzalo R. Lafora*. Frenia. 2009; IX: 71-96. Disponible en: <http://www.revistaen.es/index.php/frenia/article/view/16467>
31. Vallejo Nágera A, González Pinto R. *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia de la Parálisis General Progresiva*. Madrid: Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro. 1927.
32. Simón Lorda D. *El Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro (barrio de O Couto, Ourense, 1943-1947)*. Blog: Diario de un médico de guardia. 5/4/2012. Disponible en: <https://diariodeunmedico.blogspot.com/2012/04/el-sanatorio-psiquiatrico-del-perpetuo.html>
33. Pigem Sierra JM^a. *La piroterapia, las curas de choque y la asociación de métodos en Psiquiatría*. Anales de Medicina y Cirugía. Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona 1945; 18, 3: 260-264. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/183360>
34. Borrego JJ, Cid VJ. *La Microbiología en sellos. IX. La penicilina, 90 años después (I y II)*. Noticias SEM. Boletín electrónico mensual. Sociedad Española de Microbiología (SEM). nº 119/Mayo y nº 120/Junio. 2018. Disponible en: <https://jornades.uab.cat/workshopmrama/sites/jornades.uab.cat/workshopmrama/files/fleming.pdf>
35. Pichot P. *Un siglo de Psiquiatría*. Ed. española (F. Hoffmann-La Roche & Cía). París: Roger Dacosta. 1983.
36. Heimlich H, Ping X, Quan B, Gou S, Hen Y, Spletzar EG, Li J. *Malariotherapy for HIV patients*. Mechanisms of Ageing and Development. 1997; 93: 79-85. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0047637496018131?via%3Dihub>
37. Nierengarten MB. *Malariotherapy to treat HIV patients?* The Lancet Infectious Diseases. 2003; 3: 321. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(03\)00642-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(03)00642-X/fulltext)
38. Coradi DR, Santos JB, Castro CN. *Healing with malaria: a brief historical review of malariotherapy for neurosyphilis, mental disorders and other infectious diseases*. Letter. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2014; 47, 2:260-261. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v47n2/0037-8682-rsbmt-47-02-260.pdf>
39. Abdel-Maksoud MA, Al-Quraishy S. *Malariotherapy: The Old-Renewed Immunotherapeutic Candidate for Systemic Lupus Erythematosus*. Lupus Open Access. 2019; 4,2. Nº 1000143. Disponible en: <https://www.longdom.org/open-access/malariotherapy-the-oldrenewed-immunotherapeutic-candidate-for-systemic-lupus-erythematosus.pdf>
40. Littmann SK. *Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) (Nobel Prize for Medicine, 1927)*. En: *Psychiatry The State of the Art*. Vol. 8: History of Psychiatry, National Schools, Education, and Transcultural Psychiatry. Pichot P, Berner P, Wolf R, Thau K (eds). Boston (MA): Springer. 1985. págs.: 53-58. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4757-1853-9_7
41. Nicol WD. *Julius Wagner von Jauregg, M.D. 1857-1940. An appreciation. Obituary*. Brit J Vener Dis. 1957; 33: 125-126. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1047141/?page=2>
42. Merrit HH. *Julius Wagner-Jauregg. 1857-1940*. American Journal of Insanity. 1941; 97,4: 1004-1006. Am J Psychiatry. Reeditado y publicado online el 1/4/2006. doi.org/10.1176/ajp.97.4.1004-2. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.97.4.1004-2?journalCode=ajp>
43. Whonamedit?. *Julius Wagner-Jauregg*. Website: A Dictionary of medical eponyms. s/f. Disponible en: <https://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2753.html>
44. Habinger, G. 2016. *Humann-Wagner-Jauregg Julia (Julie). Forschungsreisende, Sammlerin von Ethnographica, Reisefotografin und Reisejournalistin*. En: Korotin, Ilse (ed.). *Biografia. Lexikon österreichischer Frauen*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag. Vol. 1 (A-H). págs: 1407-1409. Disponible en: <https://austria-forum.org/web-books/oesterreich-frauen01de2016isds>
45. Whitrow M. *Freud and Wagner-Jauregg: A historiographical study*. Psychiatric Bulletin. 1990; 14: 356-358. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/37B94E4410A36D6FA25AB007566AB3D8/S0955603600108451a.pdf/freud_and_wagnerjauregg_a_historiographical_study.pdf
46. Fleischmann W. *Priority in the discovery of fever therapy in psychosis*. Letter to Editor. JAMA. 1944; 125, 3: 228. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/268407>
47. Wagner-Jauregg J. *Über die einwirkung febrilhafter erkrankungen auf psychosen*. En: *Fieber- und Infektionstherapie: Ausgewählte Beiträge (1887-1935) mit verknüpfenden und abschliessenden Bemerkungen*. Wien: Verlag für Medizin. Weidmann&Co. 1936.



48. Oks B. *Ueber die Wirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung von Psychosen*. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1880; 10: 249-256. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02224566>
49. Zeidman LA, Ziller MG, Shevell M. "With a Smile Through Tears": The Uprooted Career of the Man Behind Gerstmann Syndrome. Journal of the History of the Neurosciences. 2014; 24, 2:1-25. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/266254794_With_a_Smile_Through_Tears_The_Uprooted_Career_of_the_Man_Behind_Gerstmann_Syndrome
50. Wikiwand. *Julius Wagner-Jauregg*. s/f. Disponible en: https://www.wikiwand.com/en/Julius_Wagner-Jauregg
51. Warren JR. *A critical history of the malaria fever therapy of general paresis*. Unpublished master's thesis. University of Calgary. Calgary. Alberta (Canadá). 2000. Disponible en: <https://prism.ucalgary.ca/handle/1880/40819>
52. Underwood R. *Currency in psychiatry. Psychiatrists on bank-notes*. Psychiatric Bulletin. 1992; 16: 776-777. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/issue/o48F59D30CAA5022D2E9B42AC82CFC34>
53. Haas LF. *Neurological stamp. Julius Wagner-Jauregg (1857-1940)*. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002; 72: 105. Disponible en: <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/72/1/105.full.pdf>
54. Wikimedia Commons. *Julius Wagner Jauregg; Büste Universität Wien*. jpg. 23/9/2020. Disponible en: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Julius_Wagner_Jauregg,_Büste_Universität_Wien.jpg

Nota sobre la bibliografía:

Lamentamos no haber podido acceder a la que parece ser la más completa biografía de J. Wagner-Jauregg, M. Whitrow: *Julius Wagner-Jauregg (1857-1940)*. London: Smith-Gordon & Co Ltd. 1993; la cual, sin duda, hubiese aportado numerosos datos sobre nuestro personaje.



Técnica de la malarioterapia de Wagner-Jauregg mostrando la inyección de sangre a un paciente psiquiátrico (figura central), extraída previamente de un paciente con malaria (al fondo). Wagner-Jauregg observa el proceso, con un mano en el hombro del paciente. Su sucesor académico en Viena, O. Pözl, está a la izquierda, con traje negro. Viena 1934. Obtenida de O. Martínez Azumendi. Blog Psiquifotos. Disponible en: <http://www.psiquifotos.com/2012/11/245-psiquirretratos-autografiados.html>

- Recibido: 10-02-2021.
- Aceptado: 26-07-2021.



Comunicado de la Sección de Psicoanálisis de la AEN Fallo del jurado del Vº Premio Ángel Garma al mejor trabajo de Psicoanálisis

En Madrid, a lo largo de los primeros meses de 2021 se ha reunido, a petición de la sección de Psicoanálisis de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental), el jurado de la Vª edición del *Premio Ángel Garma al mejor trabajo de Psicoanálisis*, compuesto por:

- Luisa Marugán
- Beatriz Azagra
- Jorge Marugán
- Gustavo Dessal
- Rodrigo Bilbao

En la evaluación, el citado jurado intentó contemplar el aporte que los trabajos presentados hicieran al desarrollo del psicoanálisis en función de su originalidad, novedad y apertura a nuevos estudios.

En concreto se valoraron siete aspectos:

- Que cumpliera con los aspectos formales solicitado.
- Originalidad del trabajo.
- Coherencia conceptual.
- Articulación teórica-clínica.
- Aportaciones al desarrollo del psicoanálisis.
- Estímulo para nuevas producciones en psicoanálisis.
- Calidad de la expresión escrita.

Tras proceder a la lectura de los trece trabajos recibidos (siendo excluidos de la evaluación aquellos que no cumplieran con los requisitos solicitados en la convocatoria) y tras realizarlas de liberaciones oportunas, el jurado, por unanimidad y en aplicación de los criterios citados, seleccionó dos trabajos, siendo elegido en primer lugar:

“Acerca de la constitución de un cuerpo sexual y sexuado: los testimonios de Catherine Millet”, de Esperanza Molleda Fernández, el cual se considera que cumple de manera más precisa con los criterios de evaluación.

No obstante, el jurado decidió otorgar un reconocimiento especial a un segundo trabajo:

“Figuras del amor en Psicoanálisis”, de Elina Wechsler, recomendando igualmente la publicación del mismo de forma conjunta con el ganador.

Con este escrito, el jurado da por concluido el fallo de la Vª edición del *Premio Ángel Garma al mejor trabajo de Psicoanálisis*, felicitando a las ganadoras y agradeciendo al resto de autores su participación en el mismo.

Madrid, 17 de septiembre de 2021.

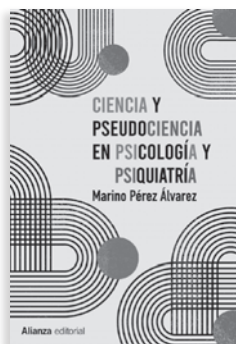
Distribución de libros



www.tienda-aen.es



ACTUALIZACIONES



Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría.

Marino Pérez Álvarez.

Alianza Editorial SA • Madrid, 2021 • 481 págs.

ISBN: 978-84-1362-276-7

La ciencia ha devenido en el marchamo de verdad de nuestros días ocupando el lugar de los dogmas de las religiones. Para que algo inspire confianza y no sea cuestionado debe ser científico. Y a la inversa, todo a lo que no corresponde tal calificativo puede levantar suspicacias y sospechas. Sin embargo, la ciencia y el método científico es uno de los procedimientos del ser humano en su intento por conocer y explicar la realidad que nos rodea, pero no el único. La filosofía tiene una tradición más larga en esta tarea y sigue abriendo caminos por donde la ciencia no llega. Porque no todo es accesible al método científico.

Es cierto que las ciencias naturales, aquellas que estudian lo que está “ahí fuera”, han hecho y hacen aportaciones que han contribuido de manera notabilísima al conocimiento y dominio del medio por el ser humano y a mejorar su calidad y esperanza de vida. Así que el método de las ciencias naturales, basado en los datos, se ha convertido en el patrón de oro de la ciencia. No obstante, no todas las realidades que nos rodean son susceptibles de estudio por estas ciencias, algunas son producto de la actividad humana como ser sociocultural y requieren del procedimiento de las ciencias humanas.

Tal es el caso de la mente y la subjetividad humana. Aunque en este caso confluyen componentes que han introducido mucho desconcierto. La mente requiere del cerebro, pero no son equivalentes. Estudiar el cerebro no equivale a estudiar la mente. Sin embargo, se emplean muchas energías y recursos al estudio de la mente con el método de las ciencias naturales a pesar de la pobreza de los resultados. Se busca donde hay luz, pero ahí no está lo que se busca. Sin olvidar

la influencia en esta insistencia de sustanciosos intereses económicos.

Pues bien, a partir del científicismo, esa consideración de la ciencia natural como el mejor o único medio de conocimiento, y de que la corriente principal del estudio de lo mental se articula alrededor del método naturalístico, a pesar de no ser el apropiado, se está generando una enorme confusión social y profesional que es urgente aclarar, donde se consideran científicas prácticas de mala ciencia y se tildan de pseudocientíficos procedimientos asentadas en otros principios. Y para hacer una contribución profunda y solvente para entender y esclarecer estos asuntos disponemos del libro de Marino Pérez objeto de esta reseña. Un libro que, alrededor de estos temas, reivindica como una fortaleza la naturaleza bifronte del saber de la psicología y psiquiatría, que bebe de las ciencias naturales y de las humanas, teniendo en cuenta la vertiente biológica y social de los problemas que estudian.

El libro se organiza en tres partes. La primera presenta la filosofía de base con la que ofrecer una ontología de las realidades psicológicas, tarea habitualmente eludida siendo principal, pues se debe definir de qué tratamos antes de decidir cómo abordarlo. La segunda parte plantea el problema de la demarcación entre ciencia y pseudociencia, presentando como los usos y abusos de la ciencia confunden a la hora de calificar los procedimientos propios de la psicología y la psiquiatría para tratar con las realidades psicológicas, poniendo de manifiesto la necesidad de introducir otros saberes y perspectivas para situar en el lugar adecuado a dichas técnicas. La tercera y última parte está dedicada



a revisar el papel de los psicofármacos y, muy especialmente, la psicoterapia desde el marco que propone su consideración de lo que es un trastorno psicológico/psiquiátrico, no como una entidad natural (como la diabetes, por ejemplo) sino como algo que no están dentro de uno (la mente o el cerebro) ni tampoco fuera (el ambiente o el malestar en la cultura), sino que sería uno el que estaría *dentro* de una situación que se ha vuelto patógena.

El resultado es un libro oportuno y extraordinario. Profundo y crítico, que revisa la actualidad con la

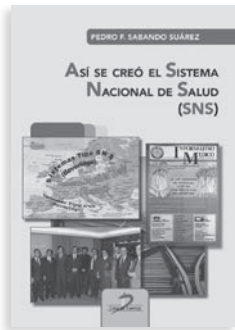
vista y las propuestas mirando al futuro. Todos los capítulos tienen un enorme interés, suscitan reflexión y promueven opinión. En fin, un libro principal para saber más y para el ejercicio juicioso y crítico de las profesiones de psicólogo y psiquiatra.

No es ciencia todo lo que reluce. Ni falta que hace.

All that glitters is not science. And there is no need.

Pedro A. Marina González

pepaz1515@gmail.com



Así se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Pedro Sabando.

Ed. Díaz de Santos • 2020 • 264 págs.

ISBN: 978-84-9052-289-9

Se ha publicado hace pocos meses, en el marco de la pandemia Covid, el muy interesante estudio escrito por el Dr. Pedro Sabando sobre las diferentes vertientes, resistencias y complejidad del proceso de elaboración de la Ley General de Sanidad (1986) y con ella de la construcción del Sistema Nacional de Salud en España.

Pedro Sabando une su condición de político de profundas convicciones, de rigurosa formación médica y de larga trayectoria desde los conflictos MIR (relevante su papel de Secretario de la Coordinadora MIR durante el *franquismo*, en su definición de metas, objetivos, líneas organizativas, de sus luchas y conflictos) y su praxis médica, con su labor de dirección estratégica y de gestión de diferentes espacios, organizaciones e instituciones. En su contribución global a diferentes desarrollos de la construcción moderni-

zadora y democrática del Estado, resulta clave la que inicia en 1982 como Subsecretario con un economista que acababa de entrar como ministro catalán en un flamante Ministerio: el de Sanidad. Desde el primer momento su presencia estaba ligada a protagonizar el establecimiento de las líneas y acciones estratégicas para la construcción de algo que entonces resultaba fantástico para muchos: el SNS. Pronto obtuvo la comprensión con el ministro Ernest Lluch y desde ahí, el acuerdo y empeño para ello.

Inmediatamente empieza sus trabajos generando un amplio marco de participación y debates con profesionales sanitarios, organizaciones ciudadanas, asociaciones científicas... abriendo un proceso cuya metodología era desconocida en este país. Un proceso cuya profundidad y alcances en un marco de incompreensión, resistencias

activas e intereses enfrentados, deja una impronta que debe ser también recordada y valorada en todas las dimensiones que corresponden al observar lo que seguramente fue –y es– uno de los mayores logros, si no el mayor, de la democracia española. Con seguridad hoy los lectores saben de la valoración del SNS por la ciudadanía y de su amplio y sustantivo reconocimiento internacional. Pero posiblemente desconocen el arduo y profundo empeño en obtener la decisión política del Gobierno para su creación, en establecer el avanzado y riguroso diseño en su configuración, en un Estado donde las CC.AA. por ejemplo, aún estaban conformando competencias o donde las posiciones divergentes eran profundas y activas.

Las apuestas del autor del texto como pensador y líder de la gestión del proceso y los claroscuros de los quehaceres puestos en marcha, hablan de la traducción a la política institucional de los valores de equidad, universalidad y calidad de la prestación sanitaria como derecho de la ciudadanía y del afrontamiento por tanto de las inseguridades y diferencias tanto dentro de miembros del Gobierno de entonces como por supuesto de las resistencias activas, abiertas y ocultas, que buscaron dinamitar el proceso. Da cuenta también del acoso, la “Operación primavera”, la agitación inducida en contra de la creación del SNS y de cómo se hicieron.

Tenemos pues en las manos uno de los libros más singulares de los escritos sobre la Ley General de Sanidad y la creación y puesta en marcha del SNS. Podemos entender mejor la trascendente naturaleza de todo ello precisamente porque la narrativa desde la perspectiva de la memoria, de

la razón histórica, nos lo muestra. Pedro Sabando entra en la presentación de los fundamentos históricos, sanitarios y políticos que sientan las bases y el marco del SNS. Y, junto a ello, da cuenta de intereses contrapuestos en acción contra el proyecto, de resistencias, antagonismos, diferencias, debates, controversias y disputas, de su significación y pretensión determinante, de su incidencia también por tanto, en la elaboración de la Ley. Pues promover y dar sustento a la cohesión social y territorial en España en un momento de configuración del Estado, resultaba relevante para el autor, como se desprende del texto. Elementos todos ellos que guardan directa relación con modelos subyacentes de valores sociales –además de los estricta y reduccionistamente sanitarios–, a los que de alguna forma contribuyen y trascienden, naturalmente.

Estamos ante un estudio de omnisciente mirada, aguda penetración y potente prosa analítico/descriptiva que da cuenta de vertientes poco o nada conocidas, que aporta esclarecedora, profunda, sagaz y lúcida semblanza de la forja y naturaleza de nuestro SNS.

Pedro Sabando, lejos de toda tentación hagiográfica, nos muestra y perfila muy acertadamente que fue preciso gran esfuerzo de pensamiento, acción, convencimiento y apuesta.

Entonces, como ahora de otra manera, todo ello resultó imprescindible.

En Madrid a 1 de Julio de 2021

Begoña Olabarría



La Razón de la Sinrazón. Capitalismo, Subjetividad, Violencia.

Fernando Colina, Manuel Desviat, Francisco Pereña.

ENCLAVE de LIBROS • 2021 • 234 págs.

ISBN: 978-84-122182-5-1

Parece que la psiquiatría se encuentra en una encrucijada en la que se juega, si no su existencia, al menos sí la forma que va a adoptar en las próximas décadas. Ni como práctica de control social de la locura (y ahora también de un creciente malestar-psicosocial) ni como disciplina de estudio de la conducta humana considerada anormal, parece que la psiquiatría pueda dejar de existir, al menos en las sociedades que hemos construido hasta el presente. Pero sí parece estar sujeto a discusión y posible cambio qué tipo de psiquiatría vamos a tener, cómo va ésta a manejar a las personas a su cargo y cómo se va a posicionar ante el estudio de sus conductas.

¿Es posible una sociedad sin enfermos mentales? ¿Sería posible vivir sin psiquiatría o sin psicología porque éstas no fueran ya necesarias? Si la Viruela, que es una enfermedad de causa biológica conocida, ha podido ser erradicada, parecería que resolver la cuestión que acabo de mencionar pudiera ser factible, al menos en parte. Pero hay varios obstáculos a considerar.

El fundamental es que no es posible hablar con propiedad de enfermedad mental puesto que no conocemos ningún mecanismo de causa biológica que pueda aclarar la etiopatogenia de ninguno de los trastornos mentales que a día de hoy diagnosticamos. Precisamente por eso hablamos de trastornos y no de enfermedades. Así, los trastornos mentales, tal y como los manejamos en la actualidad, son agrupaciones de síntomas que tienden a aparecer juntos y presentan (a veces) una determinada evolución común. Las clasificaciones que los registran, heredadas de la tradición psiquiátrica, son pu-

ramente descriptivas y nada aclaran sobre los mecanismos que los producen.

La psiquiatría biológica, la única posible desde el modelo médico hegemónico, intenta resolver esta cuestión, pero hasta la fecha no ha logrado encontrar ninguna explicación suficiente. En el último siglo se han sucedido teorías etiopatogénicas, es decir, con pretensiones causales, fundamentadas en modelos anatómico-clínicos, fisiopatológicos o moleculares, sin que a día de hoy dispongamos de mucho más que hipótesis sin verificar, basadas en procesos cerebrales, que ni siquiera se sabe si son anómalos o funcionales. Por lo mismo tampoco ha sido posible encontrar tratamientos de base biológica capaces de hacer desaparecer de forma completa e inequívoca algún tipo de trastorno mental.

Tenemos además la cuestión del sujeto ¿Quién es ese paciente que nos llega (a veces por cuenta propia y otras por cuenta ajena) y se pone (no siempre, o no todo el rato) en nuestras (supuestamente expertas) manos? ¿Tiene, como persona, algo que ver con lo que le pasa? ¿Quiere o no quiere saber, entender, mejorar o -al menos- aliviar sus males? ¿Se siente responsable, es decir, capaz de dar una respuesta a lo que le ocurre, o de responder de sí mismo y de sus actos? ¿Se siente vinculado a éstos, o sea, sujeto a los mismos? ¿O se percibe completamente libre, aunque no siempre liberado, de dichos actos y sus consecuencias?

Las mismas o parecidas preguntas cabe hacerse respecto a quien está del otro lado de la mesa. Al menos en lo que atañe a su actividad profe-

sional. Y a esta persona deberíamos exigirle una cierta capacidad de respuesta como garantía de buen hacer.

Y, al menos en el trabajo público, existe un tercero institucional que, aunque no físicamente presente en la relación terapéutica, la condiciona de forma muy poderosa: ¿Dónde se produce el encuentro? ¿Quién paga el servicio? ¿Quién hace posible y organiza el procedimiento por el que es prestado? ¿Requiere éste la intervención de otras personas o de un trabajo en equipo? ¿Quién, cómo y ante qué instancia ha de responder si las cosas no van bien o perjudican a terceros?

Spongamos que en la depresión existe un mecanismo inflamatorio. Hay pruebas de que tal cosa pueda existir. En todo caso parece tratarse de un proceso inespecífico y genérico, parecido al de cualquier otra inflamación. Se supone que este proceso podría derivarse o, al menos, estar asociado a estrés crónico. Pero entonces el asunto es de dónde procede este estrés mantenido en el tiempo. Algunos sujetos pueden tener baja resistencia a los estresores (factor personal); pero la mayoría de las personas, con una resistencia normal, pueden sucumbir ante una situación de estrés continuado si éste supera una determinada intensidad (factor ambiental). Se sabe que existen múltiples factores sociales de este tipo y que muchas personas, por sus condiciones de vida y/o por su manera de afrontarla, están sometidas a múltiples fuentes de estrés de manera simultánea.

La cuestión del tratamiento se plantea cuando tenemos que decidir cómo actuar. Podríamos intentar combatir los mecanismos biológicos del estrés y facilitar a los pacientes de forma individualizada algún tipo de fármaco que neutralizara o aliviara éste. También podríamos trabajar psicológicamente con cada paciente, o al menos con los que nos sea posible hacerlo, con el objetivo de ayudarle a reforzar sus mecanismos de resiliencia y afrontamiento. Asimismo este abordaje se podría realizar mediante un grupo terapéutico, siempre limitado en número, de pacientes. Finalmente podríamos decidir que lo más práctico sería que la neutralización o el alivio se centraran en los factores ambientales, en su mayor parte de tipo social, que parecen en-

contrarse en la base del mecanismo productor de estrés en cada individuo.

La intervención biológica, o la psicológica, más allá de su efectividad, no alcanzan sino a una persona o un pequeño grupo cada vez, mientras que las intervenciones en el ámbito social (por ejemplo, una renta básica) serían susceptibles de ayudar a un amplio grupo de personas, aunque de una forma completamente anónima ¿Cuál de estas intervenciones es más costo-efectiva y asumible socialmente? ¿Cuál es más factible en este preciso momento y con esta (o este) paciente en concreto? ¿Como terapeuta, me es posible elegir? ¿Puede hacerlo el paciente? ¿Puedo, de una manera efectiva (y no solo para aliviar mi conciencia), optar por varias de estas intervenciones a la vez? ¿Qué es posible hacer o no en este servicio concreto y en este momento determinado?

Si nos limitamos a un abordaje puramente individualizado, que es aquel que ante situaciones como la mencionada, no se plantea preguntas o intervenciones sociales (por ejemplo, en lo referido al género, el marco laboral, las condiciones de vivienda o la situación de pobreza) caeríamos en el serio riesgo de contribuir a una ocultación interesada y cómplice de un buen número de factores que aparecen como causa principal de muchas demandas. Si nos atenemos solo a los procedimientos que exigen los cánones de la lógica médica habitual y el conocimiento positivo establecido -sin pedir consentimiento suficiente- corremos el riesgo de excluir a nuestro paciente-interlocutor del plan de tratamiento. Lo que aumenta considerablemente la probabilidad de que éste fracase. Sin embargo, y en contra de una lógica más formal, esa es la realidad que cotidianamente enfrentamos ante muchas de las intervenciones psiquiátricas, psicológicas o sociales habituales en nuestros servicios.

Si lo anterior resultara generalizado (tal y como algunos pensamos que a día de hoy lo es) no resultará fácil contribuir a la construcción de una sociedad basada en sujetos responsables, con o sin problemas que les generen sufrimiento, pero sin enfermos mentales, sin psiquiatras o sin psicólogos. En este caso, la función de estos últimos, empezando por el ejercicio diagnóstico, no sería exactamente terapéutica, sino, que en la



práctica, se manifestaría, con mayor o menor violencia, como un tampón que neutralizaría y ocultaría los problemas de fondo. Éstos (sociales y políticos en su mayoría) suelen ser aquellos que una determinada formación social, empezando por sus dirigentes y administradores y acabando por los propios ciudadanos (algunos de ellos clientes de nuestros servicios de salud mental) no quiere, no sabe o no puede afrontar.

Más de doscientos años después de su surgimiento como especialidad médica, la psiquiatría no ha encontrado aún una causa clara para la mayoría de los padecimientos que son objeto de su atención. El sufrimiento humano que acude a sus puertas demandando ayuda parece tener diferentes orígenes, muchos de los cuales son a buen seguro sociales más que propiamente psicológicos o médicos. Y muchos de nuestros pacientes ni siquiera son tales, porque acuden a nosotros desposeídos de su vida y su destino y no encuentran (tampoco en nuestros servicios) la posibilidad de empoderarse, al menos un poco.

El libro que comentamos, breve e intenso, es coral en cuanto a su autoría y polidrico respecto a los temas que trata. Se abre a múltiples públicos y sugiere diversas lecturas. Con la psiquiatría y la salud mental como decorado de fondo presenta propuestas filosóficas con matices tanto éticos como existenciales o epistemológicos y discute cuestiones sociales y políticas. Por lo tanto admite muchos tipos de lectores. Entre los que le den la bienvenida me temo que no habrá muchos profesionales de la psiquiatría o de la psicología. A pesar de ello en las líneas de arriba he querido poner de manifiesto una lectura dirigida especialmente a ellos. Esta lectura, aunque limitada por obviar algunos de los temas que el libro trata, intenta subrayar otros y quiere situarse, quizá ingenuamente, en un lugar que haga posible una práctica asistencial diferente y que posibilite un encuentro terapéutico (no una reconciliación) entre las partes.

Los autores: Fernando, Manuel y Francisco, también son, respectivamente, los doctores Colina, Desviat y Pereña, psiquiatras los dos primeros, psicólogo y psicoanalista el último. Eméritos dos, y el otro casi, se nos presentan con años de experiencia acumulada, tanto en la consulta directa con pacientes como en la dirección de equipos de Salud Mental. Son cómplices experimentados en liderar reformas asistenciales, más o menos exitosas, pero siempre aleccionadoras. Desde antiguo los tres incurren de manera persistente en escribir textos subversivos, iluminados y provocadores en su afán por hacernos pensar un poco y de manera diferente, mientras velan armas antes de la revuelta definitiva cuya necesidad, según nos asegura uno de ellos, ya es apremiante. En esta ocasión realizan un recorrido por los temas y problemas arriba expuestos y también por otros, más políticos, que se adivinan en el subtítulo aclaratorio del texto que nos proponen.

De este libro y de sus autores hay que decir lo obvio. Que van a contracorriente de los posicionamientos dominantes en la especialidad. Nos recuerdan con fuerza y pasión que otros puntos de vista, diferentes de aquellos a los que estamos acostumbrados, son necesarios, incluso imprescindibles, para que podamos disponer del cuadro completo sobre el estado de arte en la cuestión psiquiátrica. No olvidemos que su visión actualiza algunas de las derivas históricas que desde sus orígenes vienen acompañando a la disciplina psiquiátrica y también a la psicológica. Y que, hasta el presente, nadie ha demostrado que sean erróneas.

Septiembre de 2021

Ander Retolaza



Amor en cortocircuito. Ensayo sobre las Relaciones dependientes y tóxicas.

Fernando Pérez del Río y Mercurio Alba.

Nautilus • Valencia, 2021 • 176 págs.

ISBN: 978-84-18047-70-1

Vivimos una época de relaciones efímeras, donde el individualismo narcisista actual deja poco espacio para el otro. En este ensayo nos detenemos en las relaciones tormentosas entre personas. ¿Por qué permanecemos con quienes nos hacen daño, muchas veces durante toda la vida? Una relación tóxica es aquella en la cual uno o los dos miembros de una pareja tienden a sufrir más que a experimentar dicha y placer por estar juntos. Es una relación que nos impide ser como somos y saca lo peor de nosotros, alejándonos incluso de nuestros amigos, de nuestros sueños, de nuestra familia, hasta hacernos dudar de nuestra identidad, engañarnos respecto a lo que queremos y volvernos seres infelices.

El presente libro explica desde saberes como la psicología, la sociología o la educación cómo, a pesar de todo, la relación, obstinada, se superpone a sí misma y continúa en pie. Una suerte de masoquismo psicodinámico la sustenta, pues en el fondo suele haber una fuerte necesidad del otro en forma de “ni contigo ni sin ti”. La relación es más importante que el sentimiento de malestar que produce. Es preciso mantener el vínculo a cualquier precio, y de cara a la sociedad presentarlo bajo la máscara de una armonía perfecta dentro de un entorno idílico que resulta grotesca en cuanto nos la quitamos. Un enunciado tóxico de relación que termina siendo agotador.

Así, uno se ve atrapado en esta opresiva red durante años, sujeto a un desasosiego tenso que se diluye a ratos gracias a momentos muy efímeros de fugaz felicidad, pequeñas migajas de dicha que oportunamente quedaron plasmadas en esa foto en que los dos aparecen abrazados frente a un

horizonte montañoso en aquella visita a los Pirineos o en alegre grupo familiar durante una boda. Y más que culpables, encontramos víctimas. Víctimas que van demandando afecto y acaban mendigando cariño por las esquinas. Parejas perdidas en el laberinto del Minotauro —representación en este caso del cruel amor mal entendido—, necesitadas de alguien que las rescate como rescató Ariadna a su valeroso Teseo, siquiera sea con el hilo más fino.

¿Podemos ser optimistas? Decía Albert Camus: “Siempre nos engañamos dos veces respecto de las personas que amamos; primero a su favor y luego en su contra”. La memoria humana es fácil de engañar, pasamos cosas al recuerdo del olvido. Al final si el conflicto es un charco de agua, y con el paso del tiempo queda siempre una mancha después de secado. Cuando una pareja se va a separar llega a distorsionar el pasado compartido, y antes de romper recuerda lo peor de la relación. Es más noble fracasar, aprender a fracasar, que diría Samuel Beckett: fracasar más y mejor. A todos nos puede pasar y todos tenemos derecho al fracaso. Del fracaso nos recuperamos; el éxito, por el contrario, con su canción de nana fácil y dulzona tiende a idiotizar, te hace, si cabe, un poco más imbécil.

Recuerdo cuando contrataba a psicólogos; se notaba mucho cuando era el primer trabajo para el aspirante o ya había trabajado en otros sitios. El buen terapeuta es aquel que ha estado triangulado, que ha tenido problemas (la mayoría de los que estudian psicología quieren entenderse y arreglarse, tengo la consulta llena de ellos), pero han logrado resolverlos. Hay que saber volver a



nacer cuando salimos de un gran impasse, cuando estas abajo del valle solo te resta subir. Después de la pérdida hay que aprender a vivir las cosas de otro modo, saber perder implica saberse mortal y humanizarse; a darnos una segunda oportunidad de ser mejores con los nuestros. “Perderse es también camino”, en palabras de Clarice Lispector.

Esta obra aspira modestamente a tender ese hilo con el que poder identificar el problema en un primer momento y permitir que cada cual, guiado por él, encuentre la salida y descubra por sí mismo qué hay fuera del laberinto. Porque hasta el amor tiene límites. Y por supuesto se puede salir de él si es necesario.



Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental.

Marcelino López Álvarez.

Barcelona, Editorial Herder • 2021 • 377 págs.

ISBN: 978-84-254474-2-6

En un nuevo libro de la Colección 3P, dirigida por Jorge Tizón, se abordan temas que pueden tener interés para un debate probablemente imprescindible y que hasta ahora no parece haberse desarrollado coherentemente en la Asociación. Con un prólogo del director de la colección, el psiquiatra y sociólogo Marcelino López, veterano militante de la AEN, vinculado profesionalmente durante bastantes años a los procesos de transformación de las estructuras públicas de salud mental en Andalucía, desarrolla con más extensión y abundantes referencias bibliográficas, los temas abordados recientemente en dos artículos sucesivos de la *Revista de la AEN*.

El objetivo del autor es claro: mostrar la insuficiencia e inadecuación del enfoque habitual, calificado aquí como “reduccionismo biomédico”, para tratar de dar respuesta a los problemas de salud mental de la población, pero también la para él paralela inadecuación de algunos intentos de hacerle frente desde posiciones que re-

cuerdan las de la vieja antipsiquiatría. Aplicando a ambas la conocida frase de Abrahán Maslow para quien “si tu única herramienta es un martillo, todos los problemas te parecerán clavos”, contrapone las que califica de simplificaciones de unos y otros a la complejidad de los problemas de salud mental. El objetivo del libro es así “mostrar que es necesario y posible proponer una alternativa sensata al reduccionismo biomédico y a sus inadecuadas respuestas a las necesidades de las personas con problemas de salud mental”, sin que para ello haya que “renunciar al pensamiento racional ni al enfoque científico de los problemas”; ni olvidar las enseñanzas, en lo positivo y en lo negativo, de la compleja interrelación de posiciones y movimientos desarrollados en nuestro campo en los últimos 50 o 60 años.

Para ello en el libro, se hace un repaso crítico de posiciones y movimientos internacionales incluyendo los de la Atención comunitaria, la

rehabilitación o el surgimiento y consolidación de organizaciones de personas directamente afectadas, desde un enfoque que valora la importancia, pese a todo, de la integración en el más amplio campo de la Salud, con aportaciones de relieve como las de la Salud pública, la Epidemiología o el papel de la Atención Primaria. Y se revisan, también críticamente, aspectos más problemáticos como las contribuciones de las ciencias sociales, la llamada “medicina basada en la evidencia”, la farmacología o el discutible papel histórico de la antipsiquiatría.

Finalmente hay otros dos capítulos centrados en la situación en nuestro país, uno general y otro sobre la reforma desarrollada en Andalucía, que dan pie a algunas propuestas de futuro.

En conjunto y partiendo además de una explícita fundamentación epistemológica, el libro contine información y valoraciones críticas, no necesariamente compartibles pero que pueden facilitar un debate importante para clarificar aspectos relevantes de nuestra situación en las estructuras públicas de salud mental.



Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria

Sumario Vol. 18, número 1 - 2021

Artículos originales

Subjetividad, discurso y clínica. *Antón Casais, Alcira Cibeira, María Antonia de Miguel, Chus Gómez.*

En Pandemia. Una mirada subjetiva. *Javier Peteiro Cartelle.*

El discurso de la emancipación: ambigüedades y apropiaciones. *Rafael Huertas.*

Lo viejo y lo nuevo en la vida amorosa y en las identidades sexuales. *Manuel Fernández Blanco.*

La clínica y el diagnóstico today. *Javier Carreño, Kepa Matilla, Juan de la Peña.*

El silencio y el sufrimiento contemporáneo. *Ramón Area Carracedo, Federico Menendez Osorio.*



10 BÁSICOS 10

PUNTO CRÍTICO: “la contención mecánica” Contención mecánica: más allá del discurso. *Víctor Aparicio Basauri.*

Repensar la contención. *José Manuel Lalana Cuenca.*

Derechos Humanos: clave fundamental de toda salud física y mental. *Ana Vega.*

Informes

Sobre la eutanasia. *Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi.*

Reseñas

Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. *Marino Pérez Álvarez.*

Manual de tratamientos psicológicos –adultos–. *Eduardo Fonseca Pedrero [Coord.].*

La vida en cuatro letras: claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad. *Carlos López-Otín.*

A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible. *Silvia Faraone y Alejandra Barcala.*

Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. *Alberto Gimeno Peon.*

No es como te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos. *Yolanda Alonso, Esteban Ezama y Yolanda Fontanil.*

In memoriam

Hugo Bleichmar (1935-2020).

Diana Rabinovich (1943-2021).

Raúl Fernández Vilanova (1943-2020).

Nicolás Caparrós (1941-2021).

Nicolás Caparrós (1941-2021).

Noticias breves

Reuniones científicas

Revistas autonómicas

Normas de publicación

SISO • SAÚDE 66-67 - Invierno 2020

Sumario Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental

Editorial

Editorial. *Ramón Area Carracedo.*

Originales y revisiones

Relecturas de la personalidad y sus falacias psicopatológicas. *Federico Menéndez Osorio.*

La esencia de la perversión. *Manuel Fernández Blanco.*

Inmigrantes y salud mental. *Ramón Ramos Ríos.*

La disociación y los efectos del lenguaje. *Federico Menéndez Osorio.*

Malestar relacionado con la covid-19 y adolescencia. *Carmen Armas Barbazán, Marta Ladra González.*

Notas sobre transexualismo y transgénero. *Manuel Fernández Blanco.*

Terapia con insulina en psiquiatría: historia y “stories”. *Sandra Rodríguez Ramos, David Simón Lorda, Raquel Fraga Martínez.*



A propósito de...

¿No deberíamos haber “caído” ya? *Paula Marcos Carregal.*

Nota sobre la dimensión política del cuerpo. *Gustavo Dessal.*

Psicoanálisis virtual. *Emilio Vaschetto.*

“Balada de Portugal”, de Julio Llamazares. *Fernando M. Adúriz.*

Casos clínicos

Caso Rey de Galicia. Uso de Aripiprazol inyectable de liberación prolongada como pauta de inicio, en forma de 2 viales, en paciente con esquizofrenia. *Armesto Iglesias, S., Varela Sampayo, A. y Docasar, L.*

Publicidad psicofármacos

Publicidad y marketing de los psicofármacos en revistas médicas en la España del tardofranquismo (1959-1975). *David Simón Lorda, Sandra Rodríguez Ramos, Raquel Fraga Martínez.*

Libros

“La madre de Frankenstein”, de Almudena Grandes. *Adrián Gramary.*

“El caso Mike”, de Gustavo Dessal. *Javier Peteiro.*

“El nudo materno”, de Jane Lazarre. *Isabel Figueroa Matallín.*

“Otra sociedad para la locura. Estudio sobre los lazos sociales en la psicosis”, de Carolina Alcuaz. *Chus Gómez.*

“Camiño negro”, de Ramón Area. *Xosé Manuel García.*

“De la sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria”. *Iñaki Markez.*

Eventos

Ansiedad que no cesa, aislamiento, confinamiento. *Conferencia organizada por SCF ateneo de Palencia y la otra Psiquiatría. 19 de marzo de 2021. FM Aduriz.*

Ataduras silenciosas. *Conferencia organizada por la Sección de Ciencias de la Salud del Ateneo de Jerez de la Frontera, dentro del ciclo Mujeres, Salud y Pandemia. 15 de abril de 2021. Ángela González.*

A propósito de la pandemia de la covid-19: pensando en la mujer y en la salud mental desde el contexto. *Conferencia en el Ateneo de Granada. 14 de enero de 2021. Begoña Olabarría.*

Olor a café... un paseo polo hospital de Piñor. *Zoraida González Cornide.*

Girls Rock School Edinburgh: máis aló da música. *Patricia María Tamara Rego Ribeiro.*

Salud mental infanto-juvenil. De aquellos barros estos lodos. *Ricardo Fandiño Pascual.*

Obituario

Nicolás Caparrós.

Normas de publicación

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*: revistanorte@ome-aen.org

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 ál.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et ál. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and 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 AI. 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.gov/ncidod/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 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 sótano 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:

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 de
profesionales de
salud mental
de **Cantabria**



S.A.S.M. salud mental



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)



Asociación Española
de Profesionales de
Salud Mental
de Neuropsiquiatría



ABSM ASSOCIACIÓ BALEAR
DE SALUT MENTAL